

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DEISY JOHANNA MOGOLLON GUARACA		CC:	37290248	
CORREO ELECTRÓNICO:	johannamg15@gmail.com		TELÉFONO:	3013030910	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 62 165A 88		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550488452855619

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3474 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.195.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/11	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



DEISY JOHANNA MOGOLLON GUARACA

PS\_3474\_2026\_3C68FC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DEISY JOHANNA MOGOLLON GUARACA

CC: 37290248

CEL: 3013030910

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**  
**DEISY JOHANNA MOGOLLON GUARACA**

**CON C.C N°** **37.290.248**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE SALUD 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 3474 2026** **FECHA INICIO CONTRATO** **2026/03/11**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ **11.327.040** **No. HORAS EJECUTADAS** **184**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ **11.327.040** **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ **4.195.200**

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** **TRES (3) MESES**

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** **CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE**

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** **LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE**

**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 1: 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. 1.1 actividades desarrolladas: Se presentan las actividades según lineamiento requerido. 1.2 productos (evidencias): Se realizan actas con las actividades realizadas.
2	2.Obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 Actividades desarrolladas: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.2 Productos (evidencias): Se envía cronograma el último día del mes al correo ambitoipssanctistobal@gmail.com
3	3. Obligación 3: 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. 3.1 Actividades desarrolladas: Se hace revisión de lineamientos y caja de herramientas. 3.2 Productos (evidencias) realización de acta de lectura de lineamientos.
4	4. Obligación 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. 4.1 Actividades desarrolladas: Cada una de las acciones realizadas se registran en los formatos establecidos por la SDS y por la subred. 4.2 Productos (evidencias): se realiza acta en formato enviado por la SDS.
5	5. Obligación 5: 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. 5.1 Actividades desarrolladas: Se elaboran informes de acuerdo a lo establecido por la SDS y se entregan en los tiempos establecidos para tal fin. 5.2 Productos (evidencias): se hace envío de informes en las fechas estipuladas por la SDS.
6	6. Obligación 6: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 6.1 Actividades desarrolladas: Realizar lectura de lineamientos y apropiación de acuerdo a lo establecido. 6.2 Productos (evidencias): realización de actas de lectura y apropiación de lineamientos.
7	7. Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del plan de intervenciones colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 7.1 Actividades desarrolladas: Realizar las asistencias técnicas correspondientes a los programas y de acuerdo a las actualizaciones enviadas desde la SDS. 7.2 Productos (evidencias): se envían las actas realizadas durante la intervención.
8	8. Gestionar los espacios comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los entornos y/o procesos transversales del PSPIC. 8.1 Actividades desarrolladas: asistir a los espacios donde seamos requeridos. 8.2 Productos (evidencias): envío de actas realizadas en las actividades.
9	9. Obligación 9: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 9.1 Actividades desarrolladas: Reportar a través de las canalizaciones los contactos para valoración de diagnóstico y descarte de enfermedades transmisibles y otro medio. 9.2 Productos (evidencias): Diligenciar formato enviado desde SDS.
10	10. Actividades desarrolladas: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 10.1 Productos (evidencias): se entregan las carpetas debidamente marcadas y el archivo digital de acuerdo a las TRD.
11	11. Obligación 11: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSYE, Notificación de EISP y Participación Social. 11.1 Actividades desarrolladas: Realizar canalizaciones según a eventos de salud pública. 11.2 Productos (evidencias): diligenciar formato según necesidad de los usuarios.

12	12 obligación 12: 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. 12.1 Actividades desarrolladas: Se cumplirá el 100% con las actividades propuestas en el lineamiento con el fin de que no generen ningún hallazgo. 12. 2 Productos (evidencias): actas, bases de datos y soportes requeridos.
13	13 obligación 13: 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. 13.1 Actividades desarrolladas: Dar cumplimiento a lo establecido en el lineamiento vigente del Plan de Intervenciones Colectivas suscrito entre el Distrito Capital según el convenio con la Subred Centro Oriente. 13.2 Productos (evidencias): correos y soportes físicos de las actividades solicitadas por SDS que denoten la gestión y ejecución de las acciones solicitadas para el perfil a cargo.

### 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9504592100	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA LUD	2026/05/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/12	\$ 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 ibc se calculo 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.

### 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <b>DEISY JOHANNA MOGOLLON GUARACA</b> PS_3474_2026_3C68FC <b>DEISY JOHANNA MOGOLLON GUARACA</b> <b>CC: 37290248</b>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <b>LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE</b> PS_3474_2026_3C68FC <b>LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37290248		DEISY JOHANNA MOGOLLON GUARACA	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 62 #165 a 88 Apto 904 Torre 5	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7471663	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-04	2026-04	301058464	9504592100	I	2026/05/13	2026/05/12	BANCO DAVIVIENDA	\$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte							
<b>Sucursal: Principal ( 1 Afiliados)</b>						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0						
<b>Centro de Trabajo: Principal ( 1 Afiliados)</b>						\$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 37290248	MOGOLLON DEISY		25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS001	30	\$1,750,905	\$218,900	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0		\$0	\$0						
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1 )</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37290248		DEISY JOHANNA MOGOLLON GUARACA	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 62 #165 a 88 Apto 904 Torre 5	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7471663	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-04	2026-04	301058464	9504592100	I	2026/05/13	2026/05/12	BANCO DAVIVIENDA	0	\$541,800	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
ALIANSA SALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$541,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$541,800</b>	



Johanna Mogollón Guaraca &lt;johannamg15@gmail.com&gt;

**PSE - Transacción Aprobada  CUS 301058464**

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: johannamg15@gmail.com

11 de mayo de 2026 a las 21:26

**¡Hola, Johanna mogollón !****Estado de la Transacción:** Aprobada **Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 541.800**Empresa:** APORTES EN LINEA**Descripción:** Pago de la Planilla de aportes con clave:  
9504592100**Fecha de la transacción:** 11/05/2026**CUS:** 301058464

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.




Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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



Evaluación de la Entidad Estatal



### VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?  Sí  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		
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 3474 2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3474 2026.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3474 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 3474 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3474 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 3474 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>





Evaluación de la Entidad Estatal

