

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGIE PAOLA PEÑUELA RINCON			CC:	1013618866
CORREO ELECTRÓNICO:	angiepaolapenuelarincon@gmail.com			TELÉFONO:	3132198517
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 31 D SUR 13 90			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	77400017193
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4027 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.735.200	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/11	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/14 AL 2026/05/31				
 ANGIE PAOLA PEÑUELA RINCON PS_4027_2026_051831 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGIE PAOLA PEÑUELA RINCON CC: 1013618866 CEL: 3132198517					

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

ANGIE PAOLA PEÑUELA RINCON

CON C.C N°

1.013.618.866

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES 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 4027 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/11
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.387.440	No. HORAS EJECUTADAS	104
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.387.440	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.735.200
--	--------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTIUN (21) DIAS
---	--------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
---	-------------------------------------

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

ITEM	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	Obligación 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 Actividad desarrollada Realizar actividades administrativas o de campo de apoyo a la gestión PAI de la localidad 1.2 Producto Magnetico: Formato plan de acción de actividades.
---	--

2	Obligación 2 Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 1.2 Actividad desarrollada Realizar las acciones de planeación, organización del Programa Ampliado de Inmunización incluida la vacunación COVID-19 y otras que se incluyan en la modalidad Intramural con el fin de lograr coberturas de vacunación de las IPS asignadas. 2.2 Producto Magnetico: Formato plan de acción de actividades y cronograma mensual
---	--

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. 1.3 Actividad desarrollada Desarrollar las actividades establecidas por lineamiento para el perfil. 3.2 Producto Fisico y magnetico: Archivo de documentacion requerida por lineamiento.
---	--

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. 1.4 Actividad desarrollada Realizar seguimiento a los planes de mejora implementados por las IPS con incumplimiento de los compromisos generados en la primera visita y los generados por EAPV. 4.2 Producto Magnetico: Seguimiento en acta a planes de mejora establecidos
---	---

5	Obligación 5 Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, 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. 1.5 Actividad desarrollada Realizar el 100% de las atividades estipuladas en los lineamientos remitdos desde SDS 5.2 Producto Fisico y magnetico: 19 Actas de AT Acta de revision de informes 22 IPS Descargade REPS
---	---

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. 1.6 Actividad desarrollada Leer y realizar apropiación conceptual según el Manual técnico Administrativo del PAI, las circulares y lineamientos vigentes del PAI. 6.2 Producto Magnetico: Asistencia a reuniones de equipo y comité local.
---	--

7	Obligación 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. 1.7 Actividad desarrollada Realizar asistencia técnica al talento humano vacunador y responsable de la vacunación en las IPS con servicio de vacunación habilitado y equipo extramural, en todos los componentes del PAI que incluye la adherencia a guías, evaluación de indicadores del programa incluyendo la vacunación contra COVID 19 7.2 Producto Fisico y magnetico: Formato de 23 asistencia tecnica
---	---

8	Obligación 8 Elaborar y presentar dentro de los plazos establecidos los informes y la información requerida con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 1.8Actividad desarrollada Realizar informes trimestratrales y de vigencia 8.2 Producto Magnetico: Se realizó informe de vigencia y trimestral
---	--

9	Obligación 9 Realizar el seguimiento en campo y verificación de productos, metas o actividades de los equipos de la línea de intervención, subsistema, proyecto y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado. 1.9 Actividad desarrollada Realizar durante la asistencia tecnica seguimientos a las estrategias implementadas por cada IPS para la busqueda de la población suseptible de vacunación 9.2 Producto Magnetico: Acta de revisión de informes
---	---

10	Obligación 10 Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 1.10 Actividad desarrollada Realizar notificación de eventos en salud publica identificados 10.2 producto MagneticO
11	Obligación 11 Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 1.11 Actividad desarrollada Archivo y scanner mensual de los productos elaborados. 11.2 producto Fisico y magnetico: Actas de asistaencia técnica a las 23 IPS
12	Obligación 12 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. 1.12 Actividad desarrollada Realizar actividades de fortalecimiento a cada una de las IPS de acuerdo al tema priorizado para el mes según las necesidades 12.2 producto Fisico y magnetico: Actas de asistaencia técnica a las 23 IPS
13	Obligación 13 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. 1.13 Actividad desarrollada Realizar seguimiento a calidad de los productos establecidos en los lineamientos desde SDS 13.2 producto Fisico y magnetico:Actas y listas de chequeo
14	Obligación 14 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. 1.14 Actividad desarrollada Cumplimiento de las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato 14.2 producto Magnetico: Actas de asistencia a reuniones y participación en jornada

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 (2026-05-14) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

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 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 ANGIE PAOLA PEÑUELA RINCON PS_4027_2026_051831 ANGIE PAOLA PEÑUELA RINCON CC: 1013618866
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ

PS_4027_2026_051831

LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ
SUPERVISOR ALTERNO

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



LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE

PS_4027_2026_051831

LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Medellin, 15 de mayo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **ANGIE PAOLA PEÑUELA RINCON** con documento de identidad **C1013618866**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE** con NIT **N900959051**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2026-05-13	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000 001	3	2.436	EN COBERTURA

- Medellín 604 4444578
- Bogotá 601 4055911
- Cali 602 3808938
- Pereira 606 3138400

- Manizales 606 8811280
- Bucaramanga 607 6917938
- Cartagena 605 6424938
- Barranquilla 605 3197938

- Líneas de atención 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
- Línea de conciliación ARL 3103157562
- sura.co/arl

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ANGIE PAOLA PE??UELA RINCON identificado(a) con Cedula Ciudadania 1013618866, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestaci??n según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20201201	0

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 15 días del mes de Mayo de 2.026

Observaciones:

Con destino a:

A QUIEN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: AppSalud

CER-AFI 32400666

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGIE PAOLA PEÑUELA RINCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.618.866**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Mayo del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 13 Actualización de oficio				4. Número de formulario 141054353312			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1013618866				6. DV 3		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico 32							
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 1013618866			
28. País COLOMBIA		29. Departamento Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		001	
31. Primer apellido PEÑUELA		32. Segundo apellido RINCON		33. Primer nombre ANGIE		34. Otros nombres PAOLA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial ENFERMERA							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		001	
41. Dirección principal CL 31 D 13 90 SUR							
42. Correo electrónico angiepaolapenuelarincon@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3132198517			
				45. Teléfono 2 3118112891			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8692	47. Fecha inicio actividad 20180201	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	0
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 549							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
				57. Modo			
				58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X				60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2024-07-03 / 09:18:01PM	
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA			
				985. Cargo			