

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
LAURA CATALINA NOSSA CHACIN						
CON C.C.N°			1.032.469.567			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL 7124331-2024 CONVENIO MAS BIENESTAR					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 6204 2025		FECHA INICIO CONTRATO	16/08/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	S 4.105.813		No. HORAS EJECUTADAS	67		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	S 4.105.813			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	S 2.638.326	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CATORCE (14) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADOO 05			
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)						
ITEM						
1	OBSERVACION 2 , VALOR DE LOS HONORARIOS S 2.638.326 PESOS					
2	REALIZAR ACTIVIDADES DE GRUPOS DE FAMILIA EN LOCALIDADES SANTA FE					
3	REALIZAR RUTEO PREVIO AGENDAMIENTO CON USUARIOS CAPITAL SALUD					
4	VALORAR Y ENTREVISTAR PACIENTES CAPITAL SALUD POR MEDIO DE PERFIL PROFESIONAL COMO MÉDICO SIGUIENDO LOS ESTATUTOS DE CALIDAD					
5	REALIZAR EVOLUCIONES EN DINÁMICA GERENCIAL DE PACIENTES VISTOS EN TERRITORIO SIGUIENDO PROTOCOLOS DE CALIDAD					
6	REALIZAR CONTROL MÉDICO DE PACIENTES CRÓNICOS EN CUANTO A FORMULACIÓN E INDICACIÓN DE LABORATORIOS					
7	SVALORAR Y ENTREVISTAR POR CONTINGENCIA A LA COMUNIDAD EMBERA EN LOS DIFERENTES ALBERGUES					
8	CARGAR CADA PACIENTE VISTO Y CONSENTIDO EN APLICATIVO					
9	EVOLUCIONAR PACIENTES INDICADOS POR BASE DE DATOS EN TIEMPO CORTO ESTIPULADO					
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS						
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (16/08/2025) AL (31/08/2025)						
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL						
No. DE PLANILLA:	CERTIFICADOS		OPERADOR:	SIMPLE		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR			
SALUD:	SURA					
PENSIÓN:	COLPENSIONES					
RIESGOS LABORALES:	SURA					
OTRO						
TOTAL PAGADO					S 0	
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 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.						
VI. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)						
Anexar evidencias fotograficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente						
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA			 LAURA CATALINA NOSSA CHACIN CC No 1,032,469,567			
FIRMA DE QUIEN VALIDA			 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:			 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO			



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN 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: 31/08/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	Laura Catalina Nossa Chacin	CC:	1032469567
CORREO ELECTRÓNICO:	lauracnossa95@gmail.com	TELÉFONO:	3006276495
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 3 27 35	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.

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	550008300751891
--------------------------	------------------	-----------------	---------	------------	-----------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 6204 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.638.326
FECHA DE INICIO CONTRATO	16/08/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	16/08/2025 AL 31/08/2025		

Laura Nossa

LAURA CATALINA NOSSA CHACIN

C.C 1032469567
Cel: 3006276495

EPS



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **LAURA CATALINA NOSSA CHACIN** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1032469567** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1032469567
NOMBRES Y APELLIDOS	LAURA CATALINA NOSSA CHACIN
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/03/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	764
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 06/08/2025

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, Cali: 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, Bogotá: 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LAURA CATALINA NOSSA CHACIN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1032469567**, se encuentra afiliado/a desde **01/09/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de agosto de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

REGISTRO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Medellín, 21 de agosto de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LAURA CATALINA NOSSA CHACIN identificado(a) con C1032469567 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C1032469567252333588

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos





DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

06/08/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LAURA CATALINA NOSSA CHACIN** con **Cédula de Ciudadanía número 1032469567**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550008300751891**
Fecha de apertura **02/09/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

