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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LAURA CATALINA NOSSA CHACIN**			**CC:**	**1032469567**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LAURACNOSSA95@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3006276495**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**cl 3 27 35**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008300751891**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7559 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 7.378.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/10**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

LAURA CATALINA NOSSA CHACIN
PS_7559_2025_5285B9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LAURA CATALINA NOSSA CHACIN
CC: 1032469567
CEL: 3006276495

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION 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			
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 DIRECCI?N DE GESTI?N 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		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7559 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/10**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.410.827	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.546.027	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 7.378.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA		

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	PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1 Realicé atención médica integral según los requerimientos del paciente y los estándares establecidos por la Subred. 1.2 FORMATO DE FIRMAS
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. 2.1 Entregué de manera oportuna y completa las actividades desarrolladas en los formatos oficiales de la Subred, permitiendo un adecuado seguimiento. 2.2 FORMATO DE FIRMAS Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
3	APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL MARCO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITEN CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 Entregué toda la documentación y los soportes requeridos por los líderes y dinamizadores del convenio, para respaldar las actividades realizadas. 3.2 ACTAS Y FORMATO DE FIRMAS
4	APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 Me apropié de los planes de mejoramiento con el fin de brindar una atención médica acorde con los estándares del servicio de salud. 4.2 ACTAS DE APROPIAMIENTO
5	REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 Realicé una lectura adecuada y comprendí completamente los lineamientos del convenio, con el propósito de ejecutar las actividades establecidas y reguladas en los mismos. 5.2 ACTAS DE APROPIAMIENTO
6	DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES. 6.1 Asistí con puntualidad a los comités de asistencia y a los diferentes espacios de capacitación, para complementar los procesos conforme a lo indicado. 6.2 FORMATO DE FIRMAS
	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 DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 7.1 Entregué, de manera oportuna, completa y correctamente diligenciada, los formatos, informes y actas como soporte de las actividades realizadas.

7	7.2 ACTAS Y FORMATOS DE FIRMAS
8	PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 Asistí y participé activamente en las actividades comunitarias dispuestas dentro del convenio. 8.2 ACTAS Y FORMATOS DE FIRMAS
9	ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1 Diligencié de forma oportuna y completa las fichas de notificación de eventos de interés en salud pública, según correspondiera al caso. 9.2 FICHA DE NOTIFICACIÓN
10	PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SDS, DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1 Asistí y participé activamente en todos los comités y capacitaciones dispuestos por la Secretaría y la Subred, con el fin de fortalecer nuestras acciones. 10.2 FORMATO DE FIRMAS Y ACTAS
11	ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y LA TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 Entregué completa y oportunamente toda la documentación solicitada, sin generar retrasos en los procesos. 11.2 DOCUMENTOS SOLICITADOS
12	REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 Estuve dispuesta a realizar todas las actividades indicadas por la supervisión. 12.2 FORMATO DE FIRMAS Y ACTAS
13	CUMPLIR CON LOS ESTÁNDARES DE CONSULTA SEGÚN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, PROPUESTOS DESDE EL PERFIL DE MEDICINA, DANDO CUMPLIMIENTO A LAS NECESIDADES DE CONSULTA AVALADAS Y AUTORIZADAS POR LAS EAPB, DILIGENCIANDO CORRECTAMENTE LOS CÓDIGOS CIE-10 SEGÚN IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 13.1 Realicé consultas médicas de calidad, con historias clínicas correctamente diligenciadas, anamnesis completas, análisis concordantes y resolutivos, diagnósticos acertados y tratamientos apropiados para cada paciente. 13.2 HISTORIA CLÍNICA EN DINÁMICA
14	DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS APLICATIVOS DINÁMICA Y GTAPS DE LA SDS, DIARIAMENTE, A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN. 14.1 Realicé el cargue de historias clínicas en el aplicativo correspondiente dentro del tiempo establecido, de forma completa y organizada. 14.2 HISTORIA CLÍNICA DINÁMICA ATENCIÓN MÉDICA GTAPS
15	DILIGENCIAR EL FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES SEGÚN LINEAMIENTO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN. 15.1 Efectué la correcta derivación SIRC y el diligenciamiento adecuado del formato, para asegurar una atención oportuna según el requerimiento del paciente. 15.2 FORMATO SIRC
16	DILIGENCIAR Y ENVIAR FICHAS DE NOTIFICACIÓN DE SIVIGILA, SIVIM O SISVECOS, DE ACUERDO CON EL RIESGO IDENTIFICADO, CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN. 16.1 Envié oportunamente las fichas de notificación, según correspondiera al caso del paciente, permitiendo una adecuada intervención. 16.2 FICHAS DE NOTIFICACIÓN
17	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. 17.1 Ejecuté de forma completa y conforme a los lineamientos las actividades asignadas al perfil de medicina. 17.2 ENTREGA DE HISTORIA CLÍNICA EN EL APLICATIVO GTAPS, FORMATOS DE FIRMAS Y ACTAS CORRESPONDIENTES.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1078004485	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/12/16	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/16	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/16	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*LAURA CATALINA NOSSA CHACIN* *PS_7559_2025_5285B9* **LAURA CATALINA NOSSA CHACIN** **CC: 1032469567**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7559_2025_5285B9* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_7559_2025_5285B9* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-16, 04:23:29 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1078004485

Periodo Cotización: noviembre de 2025 **Periodo Servicio:** noviembre de 2025

PAGADO 13/12/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LAURA CATALINA NOSSA CHACIN		
Documento	CC1032469567	**Dirección**	CALLE 2 N° 32 B - 20
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4450591
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

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	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días 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 1032469567	LAURA CATALINA NOSSA CHACIN	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS010) EPS SURA	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

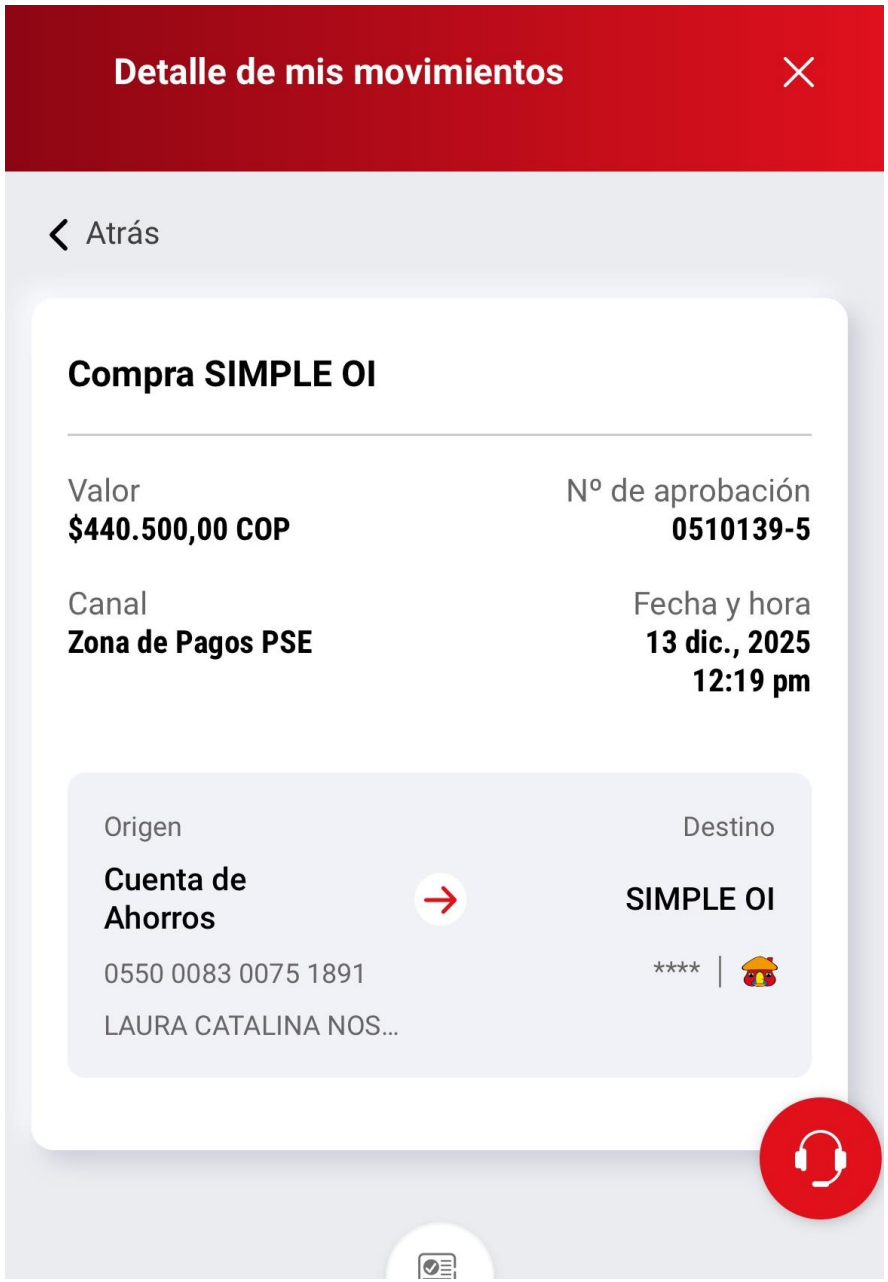
III.TOTALES

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
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 0	$ 440.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.


Detalle de mis movimientos
Atrás
Compra SIMPLE OI
Valor
$440.500,00 COP
Nº de aprobación
0510139-5
Canal
Zona de Pagos PSE
Fecha y hora
13 dic., 2025
12:19 pm
Origen
Cuenta de Ahorros
0550 0083 0075 1891
LAURA CATALINA NOS...
Destino
SIMPLE OI
****

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ SI ◉ 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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS_7559_2025_CUENTA_DE_COBRO_MES_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7559_2025_CUENTA_DE_COBRO_MES_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7559_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7559_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo