

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LINA ALEJANDRA OSSA PINTO			CC:	1026287598
CORREO ELECTRÓNICO:	LINOSSA16@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3102346754
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 87D 47 03			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488419737710
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2144 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.893.400	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
<div><div>LINA ALEJANDRA OSSA PINTO PS_2144_2025_951A11</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LINA ALEJANDRA OSSA PINTO CC: 1026287598 CEL: 3102346754</div>					

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

LINA ALEJANDRA OSSA PINTO

CON C.C N°

1.026.287.598

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL 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.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2144 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.680.200	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 50.614.200	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.893.400
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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	Obligación 1: REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE ATENCIÓN Actividad 1.1: Realizar acompañamiento técnico y operativo al equipo de salud en las unidades de atención bajo el enfoque diferencial. Producto 1.2: Informes técnicos por unidad con recomendaciones y plan de mejora.
2	Obligación 2: GESTIONAR Y APOYAR ACTIVIDADES DE ENGRANAJE EN ENFOQUE DIFERENCIAL Actividad 2.1: Coordinar, gestionar y apoyar acciones individuales y colectivas relacionadas con el enfoque diferencial. Producto 2.2: Actas, reportes de articulación, listas de asistencia y registros de actividades ejecutadas.
3	Obligación 3: FORTALECER LAS COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO Actividad 3.1: Planear y ejecutar espacios de capacitación que fortalezcan competencias en enfoque diferencial y adherencias. Producto 3.2: Cronograma, material pedagógico, memorias y listas de asistencia.
4	Obligación 4: ELABORAR EL INFORME DE ADHERENCIA Actividad 4.1: Consolidar la información requerida y elaborar el informe de adherencia de temas abordados. Producto 4.2: Informe de adherencia final radicado.
5	Obligación 5: REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO SEGÚN CRONOGRAMA DEL PLAN DE FORTALECIMIENTO Actividad 5.1: Desarrollar acompañamientos al equipo de salud según el cronograma del plan de fortalecimiento de competencias. Producto 5.2: Registros de visitas, informes de seguimiento y evidencias del cumplimiento del cronograma.
6	Obligación 6: APORTAR A LA ELABORACIÓN DE INFORMES E INDICADORES MENSUALES Actividad 6.1: Brindar aportes técnicos, análisis y datos para los informes e indicadores mensuales. Producto 6.2: Matrices diligenciadas y aportes integrados en los informes mensuales.
7	Obligación 7: ARTICULAR ACCIONES CON GOBERNANZA, PS PIC Y EQUIPOS TERRITORIALES Actividad 7.1: Coordinar acciones inter-áreas para fortalecer competencias y acciones en enfoque diferencial. Producto 7.2: Actas, reportes de articulación y planes de trabajo inter-áreas.
8	Obligación 8: CONTRIBUIR AL ANÁLISIS DE INDICADORES Y AL PLAN DE MEJORA Actividad 8.1: Analizar indicadores, brechas y participar en la formulación de acciones de mejora. Producto 8.2: Documento técnico de análisis y aportes al plan de mejora.
9	Obligación 9: BRINDAR APOYO TÉCNICO SOBRE DATOS REQUERIDOS Actividad 9.1: Validar, consolidar y entregar datos solicitados por la Dirección de Gestión Integral del Riesgo. Producto 9.2: Bases de datos revisadas, informes de entrega y soportes técnicos.
10	Obligación 10: ASESORAR SOBRE CERTIFICACIÓN DE HECHOS VITALES, EVENTOS Y RIAS Actividad 10.1: Brindar asesoría técnica a profesionales y líderes sobre procesos de certificación y enfoque diferencial. Producto 10.2: Registros de asesoría, reportes de casos y orientaciones emitidas.
11	Obligación 11: ELABORAR O ACTUALIZAR MANUALES, PROCEDIMIENTOS Y CAPACITACIONES Actividad 11.1: Diseñar, ajustar y actualizar manuales, procedimientos y contenidos formativos del proceso. Producto 11.2: Manuales y procedimientos actualizados, memorias de capacitación.
12	Obligación 12: ACOMPAÑAMIENTO A ENTES INTERNOS Y EXTERNOS Actividad 12.1: Realizar acompañamiento técnico a las entidades internas y externas relacionadas con el proceso. Producto 12.2: Informes de acompañamiento y evidencias de articulación.

13	Obligación 13: CAPACITAR Y SOCIALIZAR AVANCES Actividad 13.1: Socializar avances y realizar capacitaciones en los espacios establecidos por la Dirección. Producto 13.2: Presentaciones, actas de socialización y listas de asistencia.
14	Obligación 14: REALIZAR VISITAS DE ACOMPAÑAMIENTO A CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES Actividad 14.1: Ejecutar visitas de verificación, entrenamiento y seguimiento al equipo de salud. Producto 14.2: Informes de visita, listas de verificación y evidencias del proceso.
15	15. Obligación 15: PARTICIPAR EN ESPACIOS CONVOCADOS Actividad 15.1: Asistir y participar activamente en los espacios institucionales convocados. Producto 15.2: Actas de asistencia y reportes de participación.
16	Obligación 16: RADICAR SOPORTES EN GESTIÓN DOCUMENTAL Actividad 16.1: Organizar y radicar todos los documentos generados según TRD. Producto 16.2: Soportes radicados con constancia de archivo sin pendientes
17	Obligación 17: CUMPLIR ACTIVIDADES ADICIONALES ASIGNADAS POR SUPERVISIÓN Actividad 17.1: Desarrollar actividades adicionales solicitadas por el supervisor del contrato. Producto 17.2: Registros y evidencias de actividades adicionales ejecutadas.

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° 92248850	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/16	\$ 200.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/16	\$ 256.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/16	\$ 39.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 495.000

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	 LINA ALEJANDRA OSSA PINTO PS_2144_2025_951A11 LINA ALEJANDRA OSSA PINTO CC: 1026287598
---------------------------------------	--

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



ANA MARGARET RABA SIERRA

PS_2144_2025_951A11

ANA MARGARET RABA SIERRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026287598	LINA ALEJANDRA OSSA PINTO		cra 80 g 6 19 torre 2 apto 104	3102346754	linossa16@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-11	2025-11	I	16/12/2025	92248850	TOTAL A PAGAR \$495.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	256.000	0	0	0	0	0	0		256.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
							No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.000	200.000
Pensión	1	256.000	256.000
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	495.000	495.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026287598	LINA ALEJANDRA OSSA PINTO		cra 80 g 6 19 torre 2 apto 104	3102346754	linossa16@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	16/12/2025	92248850	\$495.000
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																						
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres					Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOA	IOB	IOG	IOH	IOI	IOJ	IOK	IOL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1026287598	OSSA PINTO LINA ALEJANDRA					59	0		N																				230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS017	1.600.000	200.000	14-11	1.600.000	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



BANCO DAVIVIENDA S.A.

Apreciado(a) LINA ALEJANDRA:

Le informamos que se ha registrado el siguiente movimiento de su Cta de Ahorros terminada (o) en ****7710:

Fecha: 2025/12/15

Hora: 19:36:11

Valor Transacción: \$495,000

Clase de Movimiento: Descuento Pago Planilla Unica Internet,

Lugar de Transacción: PSE COMPENSAR-OI

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

