

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
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:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
<div><div><div>LINA ALEJANDRA OSSA PINTO PS_2144_2025_187DB2</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LINA ALEJANDRA OSSA PINTO CC: 1026287598 CEL: 3102346754</div></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:	\$ 54.507.600	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	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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 5538333	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/01/16	\$ 200.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/16	\$ 256.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/16	\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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



LINA ALEJANDRA OSSA PINTO

PS_2144_2025_187DB2

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_187DB2

ANA MARGARET RABA SIERRA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	20/02/2026	49493667	\$541.800	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

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

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

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
2026-01	2026-01	I	20/02/2026	49493667	10
					TOTAL A PAGAR
					\$541.800

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIL	IDE	MA	MA	MA	AVP	VCT	IRL	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	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	218.900	14-11	1.750.905	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Compra COMPENSAR-OI

Valor
\$541.800,00 COP

Nº de aprobación
77933055

Canal
Zona de Pagos PSE

Fecha y hora
**20 feb., 2026
9:03 am**

Origen

**Cuenta de
Ahorros**

0550 4884 1973 7710

LINA ALEJANDRA OSS...

Destino



COMPENSAR-OI

