


**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	LINA ALEJANDRA OSSA PINTO		<b>CC:</b>	1026287598
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	LINOSSA16@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3102346754
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 87D 47 03		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 488419737710

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 2144 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 3.893.400
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/01/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/01/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



LINA ALEJANDRA OSSA PINTO  
PS\_2144\_2025\_187DB2

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

LINA ALEJANDRA OSSA PINTO

CC: 1026287598

CEL: 3102346754

**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**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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.
-----------------------------	--

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

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 11.680.200	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 54.507.600	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.893.400
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRECE (13) MESES
--	------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
--	---------------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	ANA MARGARET RABA SIERRA
-------------------------------	--------------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (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<br>Actividad 1.1: Realizar acompañamiento técnico y operativo al equipo de salud en las unidades de atención bajo el enfoque diferencial.<br>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<br>Actividad 2.1: Coordinar, gestionar y apoyar acciones individuales y colectivas relacionadas con el enfoque diferencial.<br>Producto 2.2: Actas, reportes de articulación, listas de asistencia y registros de actividades ejecutadas.        |
| 3 | OBLIGACIÓN 3: Fortalecer las competencias del talento humano<br>Actividad 3.1: Planear y ejecutar espacios de capacitación que fortalezcan competencias en enfoque diferencial y adherencias.<br>Producto 3.2: Cronograma, material pedagógico, memorias y listas de asistencia.  |
| 4 | OBLIGACIÓN 4: Elaborar el informe de adherencia<br>Actividad 4.1: Consolidar la información requerida y elaborar el informe de adherencia de temas abordados.<br>Producto 4.2: Informe de adherencia final radicado.  |
| 5 | OBLIGACIÓN 5: Realizar acompañamiento según cronograma del plan de fortalecimiento<br>Actividad 5.1: Desarrollar acompañamientos al equipo de salud según el cronograma del plan de fortalecimiento de competencias.<br>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<br>Actividad 6.1: Brindar aportes técnicos, análisis y datos para los informes e indicadores mensuales.<br>Producto 6.2: Matrices diligenciadas y aportes integrados en los informes mensuales.  |
| 7 | OBLIGACIÓN 7: Articular acciones con Gobernanza, PS PIC y equipos territoriales<br>Actividad 7.1: Coordinar acciones inter-áreas para fortalecer competencias y acciones en enfoque diferencial.<br>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<br>Actividad 8.1: Analizar indicadores, brechas y participar en la formulación de acciones de mejora.<br>Producto 8.2: Documento técnico de análisis y aportes al plan de mejora.   |
| 9 | OBLIGACIÓN 9: Brindar apoyo técnico sobre datos requeridos<br>Actividad 9.1: Validar, consolidar y entregar datos solicitados por la Dirección de Gestión Integral del Riesgo.<br>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 ibr 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**



*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 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.	

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	
2025-12	2025-12	I	16/01/2026	5538333	\$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	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### 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
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>495.000</b>	<b>495.000</b>

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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	16/01/2026	5538333	\$495.000	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subjeto	Extranjero	Com. exerce	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TPP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	

# PAGADA

## Compra COMPENSAR-OI

Valor  
**\$495.000,00 COP**

N° de aprobación  
**86643927**

Canal  
**Zona de Pagos PSE**

Fecha y hora  
**16 ene., 2026**  
**9:23 am**

Origen

**Cuenta de  
Ahorros**

0550 4884 1973 7710

LINA ALEJANDRA OSS...



Destino

**COMPENSAR-OI**

\*\*\*\* |



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver Contrato**

- 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](#)

### Datos guardados

#### VER CONTRATO

#### Ejecución del contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

#### Factura del contrato

¿Se necesita autorización de registro?  Si  No

ID de pago	Número de factura	Fecha de asunto	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	-----------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

#### Documentos de ejecución del contrato

### Datos guardados

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf (Archivado)	PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025..pdf	PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025..pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2144 2025 CUENTAS DE COBRO MES ABR 2025.pdf	PS 2144 2025 CUENTAS DE COBRO MES ABR 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1 PS 2144 2025 CRP-6692.pdf	1 PS 2144 2025 CRP-6692.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 2 PS 2144 2025 CRP-12236.pdf	2 PS 2144 2025 CRP-12236.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2144 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 2144 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2144 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025 (1).pdf	PS 2144 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025 (1).pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 3 PS 2144 2025 CRP-19444.pdf	3 PS 2144 2025 CRP-19444.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 2144 2025 6-10-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2144 2025 6-10-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf.pdf	PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2144 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	PS 2144 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2144 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf.pdf	PS 2144 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>