

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)					
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 3083 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 3.952.360
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30				



LINA ALEJANDRA OSSA PINTO
PS_3083_2026_6C3FE6

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

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO IV 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 3083 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 15.809.440	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.809.440	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.952.360
--	---------------	---	--------------

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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 74997735	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/04/20	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/20	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/20	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

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_3083_2026_6C3FE6 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_3083_2026_6C3FE6

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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74997735	20/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$541.800	

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	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				
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	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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74997735	20/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TRP	USP	USP	SJA	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	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	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de

códigos de autorización?

☐ Sí

☒ 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		
☐ 1 PS 3083 2026 CRP -9719.pdf	1 PS 3083 2026 CRP -9719.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ PS 3083 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 3083 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026 (1).pdf (Archivado)	PS 2144 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS 30383_ 2026 CUENTA DE COBRO ENERO.pdf (Archivado)	PS 30383_ 2026 CUENTA DE COBRO ENERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS 3083_ 2026 FEBRERO.pdf (Archivado)	PS 3083_ 2026 FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ PS 3083 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 3083 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Tienda

COMPENSAR-OI

Estado de la transacción

Transacción exitosa

Fecha de la transacción

20 de abril de 2026 a las 12:36 p. m.

CUS

239709592

¿Cuánto?

\$ 541.800,00

Factura de comercio

74997735

Tu plata salió de:



Disponible

Listo