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: (31-05-2026)					
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					
Nº 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:**			**2026/06/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31**				

LINA ALEJANDRA OSSA PINTO
PS_3083_2026_3B6F43

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LINA ALEJANDRA OSSA PINTO
CC: 1026287598
CEL: 3102346754

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			
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:	$ 19.761.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.952.360
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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	BLIGACIÓN 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 82695208	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/05/29	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/29	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/29	$ 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 período correspondiente	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*LINA ALEJANDRA OSSA PINTO* *PS_3083_2026_3B6F43* **LINA ALEJANDRA OSSA PINTO** **CC: 1026287598**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_3083_2026_3B6F43* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82695208	29/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$543.100	

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	3	500	0	219.400	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	3	700	0	280.900	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	3	100	42.800			427	42.800	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	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	219.400
Pensión	1	280.200	280.900
Riesgos Laborales	1	42.700	42.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	543.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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
		82695208	29/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$543.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	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	Clase de Riesgo	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	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Tienda
COMPENSAR-OI

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
29 de mayo de 2026 a las 12:32 p. m.

CUS
346067483

¿Cuánto?
$ 543.100,00

Factura de comercio
82695208

Tu plata salió de:

Disponible

Listo

Imprimir

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

○ 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
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3083 2026 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3083 2026 8-5-26.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3083 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 3083 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.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 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 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 >