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: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MELANIA ALVAREZ LOZANO**			**CC:**	**28893536**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LOZANO0637@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3108749006**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 24A BIS 100 60**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO FALABELLA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**111700898437**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2307 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.197.920**
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**				

MELANIA ALVAREZ LOZANO
PS_2307_2025_A9D017

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MELANIA ALVAREZ LOZANO
CC: 28893536
CEL: 3108749006

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			
MELANIA ALVAREZ LOZANO			
	CON C.C N°	**28.893.536**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CAMILLERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2307 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.403.520	**No. HORAS EJECUTADAS**	**228**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.772.680	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.197.920
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

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. Se recibió y entregó turno de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad. 2. Se realizó el traslado de los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidad de la cama, seguridad e integridad del paciente (barandas arriba, oxigeno, protegiendo al paciente del frío, y cuidado de su intimidad) y demás reglamentación establecida por la entidad. 3. Se trasladaron las muestras biológicas al laboratorio clínico de forma oportuna, garantizando su traslado de forma adecuada. 4. Se cumplió con el uso adecuado de los elementos de bioseguridad. 5. Se tramitó la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos x, etc.). 6. Se realizó el traslado de los equipos e insumos a los servicios, velando por la integridad y seguridad de los mismos. 7. Se respondió por el inventario que me fue asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo la actividad. 8. Se realizó la limpieza y desinfección de acuerdo al protocolo institucional, de los elementos y equipos biomédicos asignados. 9. Se cumplió con, conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la historia clínica. 10. asistí a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con mis actividades. 11. Se informe oportunamente sobre daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes. 12. Se informó oportunamente al referente del proceso sobre los inconvenientes que se presentan con pacientes, muestras y equipos. 13. Se trasladaron los pacientes fallecidos a la morgue y se ubicaron en la nevera destinada para tal fin. 14. Se realizó traslado de los pacientes a los diferentes exámenes, valoraciones y traslados requeridos de forma oportuna y segura, dentro del ciclo de atención. 15. Se garantiza un trato con calidez y calidad al paciente, familia y equipo de trabajo, brindando una atención humanizada, conservando el respeto por la dignidad humana. 16. Se participó en las actividades de código rojo, código azul y aplicación de las guías y protocolos de gestión de hemo componentes. 17. Se realiza diligenciamiento de la hoja de ruta en las diferentes actividades realizadas y se hace entrega del formato debidamente diligenciado de forma semanal a la coordinación de enfermería. 18. Se realizarán las actividades propias de mi oficio, conforme al objeto contractual y las necesidades del servicio. 19. Se apoya en actividades cuando se genera plan de contingencia en diferentes servicios (dispositivos e insumos). 20. Se cumplió con el uso del uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la subred.

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° 92093090	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/10	$ 178.000
PENSIÓN:	SIN DATO	2025/12/10	$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/10	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 212.700

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	*MELANIA ALVAREZ LOZANO* *PS_2307_2025_A9D017* **MELANIA ALVAREZ LOZANO** **CC: 28893536**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ANA CELIA GARCIA GARCIA* *PS_2307_2025_A9D017* **ANA CELIA GARCIA GARCIA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2307_2025_A9D017* **NATALY DUQUE SALAZAR** **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	28893536	MELANIA ALVAREZ LOZANO	calle 24 a bis # 100-60	3108749006	lozano0637@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	10/12/2025	92093090	$212.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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	178.000	178.000
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	212.700	212.700

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	28893536	MELANIA ALVAREZ LOZANO	calle 24 a bis # 100-60	3108749006	lozano0637@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)	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	10/12/2025	92093090	$212.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	28893536	ALVAREZ LOZANO MELANIA	57	3			N																			0	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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		
☐	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025 (3).pdf	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025 (3).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 (236).pdf	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 (236).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 (21).pdf	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 (21).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (21).pdf	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (21).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (21).pdf	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (21).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2307 2025 CRP-4697.pdf	1 PS 2307 2025 CRP-4697.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2307 2025 CRP-13601.pdf	2 PS 2307 2025 CRP-13601.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (22).pdf	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (22).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2307 2025 CRP-17869.pdf	3 PS 2307 2025 CRP-17869.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf (Archivado)	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf.pdf	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 (50).pdf	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 (50).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf.pdf	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE2025.pdf.pdf	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 2307 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

REPUBLICA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO
RADICADO No. 2020_10160130 SUB 248509
17 NOV 2020

POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE UNA INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA DE LA PENSIÓN DE VEJEZ.

EL SUBDIRECTOR DE DETERMINACION DE LA DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, en uso de las atribuciones inherentes al cargo y,

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) **ALVAREZ LOZANO MELANIA,** identificado(a) con CC No. 28,893,536, solicita el 8 de octubre de 2020 el reconocimiento y pago de una indemnización sustitutiva de una pensión de vejez, radicada bajo el No 2020_10160130.

Que nació el 4 de mayo de 1963 y actualmente cuenta con 57 años de edad.

Que obra declaración juramentada extrajuicio en la que el(a) solicitante manifiesta su imposibilidad de continuar cotizando al sistema general de pensiones.

Que el (la) peticionario(a) ha cotizado los siguientes tiempos de servicio:

ENTIDAD LABORO	DESDE	HASTA	NOVEDAD	DIAS
CAJA AGRARIA S A AG GARZON	19930520	19940616	TIEMPO SERVICIO	393
SIN NOMBRE NP 11156200226	19941110	19941231	TIEMPO SERVICIO	52
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19950101	19950228	TIEMPO SERVICIO	60
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19950301	19950430	TIEMPO SERVICIO	60
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19950501	19950731	TIEMPO SERVICIO	90
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19950801	19951231	TIEMPO SERVICIO	150
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19960101	19961231	TIEMPO SERVICIO	360
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19970101	19971231	TIEMPO SERVICIO	360
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19980101	19980104	TIEMPO SERVICIO	4
ADECCO COLOMBIA S. A.	19990701	19990731	TIEMPO SERVICIO	30
ADECCO COLOMBIA S. A.	19990801	19990803	TIEMPO SERVICIO	3
SUMINISTROS RECURSOS HUMANOS T	20060501	20060520	TIEMPO SERVICIO	20
ALVAREZ LOZANO MELANIA	20110601	20110831	TIEMPO SERVICIO	90
INVERCIONES. MACAAL S A S	20150701	20150703	TIEMPO SERVICIO	3
INVERCIONES. MACAAL S A S	20150801	20151031	TIEMPO SERVICIO	90
INVERCIONES. MACAAL S	20151101	20151101	TIEMPO SERVICIO	1