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: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JENNIFER LOZANO CRUZ**			**CC:**	**1023924163**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JECRU_1404@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3132510171**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 7 90 41 CA 204**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488438633577**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2956 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.194.373**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/03 AL 2026/02/28**				

JENNIFER LOZANO CRUZ
PS_2956_2026_D999C5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JENNIFER LOZANO CRUZ
CC: 1023924163
CEL: 3132510171

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			
JENNIFER LOZANO CRUZ			
	CON C.C N°	**1.023.924.163**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION DEL TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2956 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 22.375.760	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.375.760	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.194.373
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA AYALA ROJAS		

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	Generar la actualización de los listados de las diferentes unidades, las cuales se realizan por medio de la información suministrada tanto de Remuneración y Prestaciones Económicas - Nomina, como de contratación, con el fin de validarla, incluyendo personal Administrativo, Asistencial (Planta y OPS), según sea el caso. - Se recibe información por parte de los correo de lideres de las Sedes, al correo de Dirección Talento Humano.
2	Base de datos de las respuestas generadas a la fecha sobre la Encuesta de Retiro AP-TH-FT-095. - Solicitud atendida al equipo de Bienestar. Depuración de Encuesta de Retiro, con el fin de eliminar duplicados que se pueden generar por doble diligenciamiento - Correo Bienestar y Aplicativo Almera. Atención a solicitud relacionada con Contratos terminados, teniendo en cuenta el cruce de las bases generadas mes a mes e información suministrada por Bienestar, con el fin de validar el Talento Humano Activo a la fecha - Correo Bienestar, Bases de Contratación.
3	Actualización Encuesta Sociodemográficos teniendo en cuenta solicitud y necesidad de Seguridad y Salud en el Trabajo. Reporte de la Encuesta Sociodemográfica, con el listado de colaboradores Activos y teniendo en cuenta la depuración de resultados, realizando el cruce correspondiente para identificar los colaboradores tanto de Planta como por Orden de Prestación de Servicios pendientes por el diligenciamiento. - Carpeta Encuesta Sociodemográfica y respuesta de solicitudes según el caso. Depuración de reporte Encuesta Sociodemográfica, con el listado de colaboradores Activos, realizando el cruce correspondiente para identificar los colaboradores tanto de Planta como por Orden de Prestación de Servicios pendientes por el diligenciamiento. - Carpeta Encuesta Sociodemográfica y Aplicativo Almera. Seguimiento a Encuesta Sociodemográfica, teniendo en cuenta la Actualización de la Lista de Chequeo de los Contratistas por Orden de Prestación de Servicio, y la Circular No. 03 del 2026 del Personal de Planta.
4	Atención a solicitud relacionada con Contratos terminados, teniendo en cuenta el cruce de las bases generadas mes a mes e información suministrada por Bienestar, con el fin de validar el Talento Humano Activo a la fecha - Correo Bienestar, Bases de Contratación.
5	Actualización OPEC, con el fin de realizar ajustes del reporte, pendiente siguiente sesión con Servicio Civil, con el fin de revisar reporte Provisional y Encargos. - Correos Profesional Especializado Gestión Legal.
6	Revisión del manual de funciones (actualización o elaboración de las fichas faltantes para los cargos proyectados en el concurso), diligenciando el Formato_Manual_de_Funciones, para envió a Secretaria Distrital de Salud, teniendo en cuenta seguimiento de reunión de modernización de planta de personal (18022026).
7	Documentación en curso: Se asiste a reunión con el fin de generar el diagnostico inicial sobre los documentos que se encuentran con fecha de 2017 al 2024, se realiza el diagnostico, se consolida y se envía a Oficina de Calidad, con el fin de programar reunión con lideres de subprocesos y realizar los compromisos necesarios para las actualizaciones requeridas.
8	Actualización periódica de AP-TH-FT-062 Formato Planilla de Turnos - Funcionarios de Planta, debido a actualización de Personal de Planta y Programación de Horas Laboradas, teniendo en cuenta los equipos de trabajo, las necesidades de los servicios y los ingresos Provisiones. - Solicitud a Oficina de Calidad - Normalización con copia a Nomina y Dirección de Talento Humano.
9	Se organizan soporte de riesgos del trimestre en curso de los ingresos generados en el periodo. - Carga de soportes a Carpeta Compartida de Riesgos.
10	Apoyo con el diligenciamiento de datos solicitados, relacionados con datos Sociodemográficos, Empleo Joven, Encuesta de Retiro y Total Colaboradores Dirección Talento Humano, teniendo en cuenta soportes, para cada caso. - Correo de Dirección Talento Humano, Apoyo Profesional o Profesional Especializado dependiendo el caso.

11	Realizar la revisión de los Oficios generados por AgilSalud que pasan a la Dirección de Talento Humano - AgilSalud y Base Seguimiento AgilSalud.
12	Realizar la revisión de las Resoluciones que van a pasar Dirección de Talento Humano y Subgerencia Corporativa, para firma de Gerencia - Base Seguimiento AgilSalud.
13	Asistencia a reuniones que se presentan en el Proceso, relacionada con Políticas, Documentación, Aplicativo AgilSalud, Capacitaciones, Acreditación, OPEC entre otras. - Soportes de asistencia.
14	Participación en Capacitaciones Relacionados con Temas de Talento Humano. - Soportes de asistencia.

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 (2026-02-03) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 28277149	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/20	$ 275.600
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/20	$ 352.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/20	$ 53.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 682.000

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 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	*JENNIFER LOZANO CRUZ* *PS_2956_2026_D999C5* **JENNIFER LOZANO CRUZ** **CC: 1023924163**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA AYALA ROJAS* *PS_2956_2026_D999C5* **MARTHA AYALA ROJAS** **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	1023924163	JENNIFER LOZANO CRUZ	cll 7 # 90 41 casa 204	3132510171	jecru_1404@hotmail.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	
2026-01	2026-01	I	20/01/2026	28277149	$726.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	275.600	0		0		0	0	0	0	275.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	352.700	0	0	0	0	0	0		352.700	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	53.700				53.700	0	0	53.700			537	53.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	44.100	0	0	44.100	1

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	275.600	275.600
Pensión	1	352.700	352.700
Riesgos Laborales	1	53.700	53.700
CCF	1	44.100	44.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	726.100	726.100

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	1023924163	JENNIFER LOZANO CRUZ		cll 7 # 90 41 casa 204	3132510171	jecru_1404@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2026-01	2026-01	I	20/01/2026	28277149	$726.100	

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	1023924163	LOZANO CRUZ JENNIFER	59	0			N																	230201	2.204.200	352.700	0	0	0	0	EPS005	2.204.200	275.600	14-11	2.204.200	3	53.700	CCF24	2.204.200	44.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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