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: (30-04-2026)					
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**			**$ 5.593.940**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

JENNIFER LOZANO CRUZ
PS_2956_2026_B39D5C

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:**	$ 5.593.940
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	Actualización, revisión y ajustes de Manual Especifico de Funciones, avanzando en un 80%, pendiente de ultima revisión y ajustes con Profesional Especializado, con el fin de presentar avance a Gerencia.
5	Verificación de Suficiencia del Personal por solicitud del equipo de Selección - SIDEAP - Certificaciones de Insuficiencia.
6	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.
7	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.
8	Creación de carpeta One Drive, con información a presentar sobre Modernización y Concurso de la Subred, tanto con Gerencia, Asesor Gerencia, Subgerencia Corporativa, Dirección de Gestión del Talento Humano y Profesionales involucradas, con el fin de contar todos con la misma información y poderla revisar previo a reuniones solicitadas, adicional a la actualización mensual, teniendo en cuenta la actualización de la OPEC.
	Documentación en curso: Se realiza el acompañamiento requerido por los diferentes Subprocesos, teniendo en cuenta los compromisos en las reuniones previas. Se realizo la revisión, ajuste y actualización de los documentos: A. GESTION ADMINISTRATIVA 1. AP-TH-FT-045 FORMATO SEGUIMIENTO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS - PERSONAL DE PLANTA 2. AP-TH-FT-113 FORMATO DE ENTREGA DE INVENTARIO DE ACTIVIDADES, BIENES, ARCHIVOS Y DOCUMENTOS POR SEPARACIÓN TEMPORAL O DEFINITIVA DEL EMPLEO

9	B. REMUNERACIÓN Y PRESTACIONES ECÓNOMICAS 1. AP-TH-PC-14 PROCEDIMIENTO LIQUIDACIÓN Y COBRO DE INCAPACIDADES 2. AP-TH-PC-19 PROCEDIMIENTO DESCUENTOS DE NOMINA Se encuentra en revisión el AP-TH-PC-01 PROCEDIMIENTO VINCULACIÓN PERSONAL DE PLANTA, con los soportes del mismo, realizado instructivo para el REDAM.
10	Actualización del AP-RH-FT-062 FORMATO PLANILLA DE TURNOS - FUNCIONARIOS DE PLANTA y el AP-TH-IT-02 INSTRUCTIVO PROGRAMACION DE TURNOS FUNCIONARIOS DE PLANTA, teniendo en cuenta la Resolución No. 052 de 2026, por la cual establece la jornada laboral de los Trabajadores Oficiales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, adicional a las novedades mensuales del Personal de Planta Activo, esto con el fin de digitar la cedula de cada uno y que la base automáticamente complete los campos relacionados.
11	Se organizan soporte de riesgos del trimestre en curso de los ingresos generados en el periodo. - Carga de soportes a Carpeta Compartida de Riesgos.
12	Reporte SARLAFT, con información solicitada: 1. Matriz SIDEAP con corte a 31 de marzo de 2026 (Adjunto) 2. Base personal de Planta y Contratistas, Activos a 31 de marzo de 2026 (Adjunto) 3. Cuadro Diligenciado Se envía información al correo SARLAFT.
13	Reporte SARLAFT, con información de Personal Habilitado.
14	Apoyo con el diligenciamiento de datos solicitados, relacionados con datos Sociodemográficos, Empleo Joven, Encuesta de Retiro y Total Colaboradores Dirección Talento Humano, Planes de mejora, Bases, entre otros, teniendo en cuenta soportes, para cada caso requerido. - Correo de Dirección Talento Humano, Apoyo Profesional o Profesional Especializado dependiendo el caso.
15	Realizar la revisión de los Oficios generados por AgilSalud que pasan a la Dirección de Talento Humano - AgilSalud y Base Seguimiento AgilSalud.
16	Realizar la revisión de las Resoluciones que van a pasar Dirección de Talento Humano y Subgerencia Corporativa, para firma de Gerencia - Base Seguimiento AgilSalud.
17	Asistencia a reuniones que se presentan en el Proceso, relacionada con Políticas, Documentación, Aplicativo AgilSalud, Capacitaciones, Acreditación, OPEC entre otras. - Soportes de asistencia.
18	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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 67408038	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/03/12	$ 279.700
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/03/12	$ 358.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/03/12	$ 54.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 692.400

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_B39D5C* **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_B39D5C* **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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67408038	12/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$2,237,576	$737.200	

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	279.700	0		0		0	0	0	0	279.700	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	358.100	0	0	0	0	0	0		358.100	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	54.600				54.600	0	0	54.600			546	54.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	44.800	0	0	44.800	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	279.700	279.700
Pensión	1	358.100	358.100
Riesgos Laborales	1	54.600	54.600
CCF	1	44.800	44.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	737.200	737.200

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	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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67408038	12/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$2,237,576	$737.200	

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	Exonerado	ING	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 1023924163	LOZANO CRUZ JENNIFER	59	0			N																	230201	2.237.576	30	358.100	0	0	0	0	EPS005	2.237.576	30	279.700	14-11	2.237.576	30	3	54.600	CCF24	2.237.576	30	44.800	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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 2956 2026 MES DE FEBRERO-2026 JENNIFER LOZANO CRUZ.pdf	PS 2956 2026 MES DE FEBRERO-2026 JENNIFER LOZANO CRUZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2956 2026 CRP -10439.pdf	1 PS 2956 2026 CRP -10439.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2956 2026 MES DE MARZO-2026 JENNIFER LOZANO CRUZ.pdf	PS 2956 2026 MES DE MARZO-2026 JENNIFER LOZANO CRUZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados