

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		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:	ANDRES FELIPE LOZANO MONTOYA			CC:	1033782034
CORREO ELECTRÓNICO:	FELLOZANO1395@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3143822646
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 49 SUR 54B 08			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	001900242783
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1896 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.291.130	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
<div><div>ANDRES FELIPE LOZANO MONTOYA PS_1896_2026_F487FB</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDRES FELIPE LOZANO MONTOYA CC: 1033782034 CEL: 3143822646</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ANDRES FELIPE LOZANO MONTOYA

CON C.C N°1.033.782.034

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO V PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1896 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$17.164.520	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$17.164.520	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$4.291.130
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
---	--------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ
------------------------	---------------------------

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. Descargué del sistema de información DGH los reportes necesarios para el seguimiento a los facturadores de consulta externa de los centros de salud 2. Realicé los cruces respectivos para el seguimiento a las actividades realizadas en las ventanillas de consulta externa 3. Reporté las novedades en las tarifas según la contratación con la ERP evidenciadas durante la auditoria realizadada a las facturas de venta en el ambito de consulta externa 4. Apoyo a las necesidades reportadas por los colaboradores de consulta externa en los grupos de whatsapp.y lideres de unidad 5. Seguimiento y gestión a los ingresos abiertos de los colaboradores de consulta externa 6. Desde el proceso de consulta externa se reportaron las novedades y el seguimiento a la subsanación de las mismas 7. Se gestionó mediante mesas de trabajo, reportes en DRIVE y correos electronicos el seguimiento a las inconsistencias evidenciadas 8. Se reportó a la persona encargada del proceso deparametrización las novedades durante el periodo 9. Socialicé a los profesionales de otras áreas las novedades encontradas durante el proceso especialmente de los convenios de servicios ambulatorios 10. Socialicé a los profesionales del área las novedades encontradas dentro del proceso de servicios ambulatorios 11. Respuesta a las PQR asignadas al ambito de consulta externa reportadas por parte de la coordinación de facturación. 12. Recorrido en las unidades a las ventanillas de consulta externa 13. Apoyé los difrentes procesos dentro del área de facturación (refacturación, auditoria, seguimientos) acompañamiento y programación en la actividades realizadas por los facturadores de servicios ambulatorios 14. Asistí a las reuniones programadas por la referente del àreaexterna 3. Reporté las novedades en las tarifas según la contratación con la ERP evidenciadas durante la auditoria realizadada a las facturas de venta en el ambito de consulta externa 4. Desde el proceso de consulta externa se reportaron las novedades y el seguimiento a la subsanación de las mismas 5. Se gestionó mediante mesas de trabajo, reportes en DRIVE y correos electronicos el seguimiento a las inconsistencias evidenciadas 6. Se reportó a la persona encargada del proceso deparametrización las novedades durante el periodo 7. Socialicé a los profesionales de otras áreas las novedades encontradas durante el proceso especialmente de los convenios de servicios ambulatorios 8. Socialicé a los profesionales del área las novedades encontradas dentro del proceso de servicios ambulatorios 9. Apoyé los difrentes procesos dentro del área de facturación (refacturación, auditoria, seguimientos) acompañamiento y programación en la actividades realizadas por los facturadores de servicios ambulatorios 10. Asistí a las reuniones programadas por la referente del área
---	--

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, <u>CERTIFICO</u> 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° 77806614	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/11	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/11	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/11	\$ 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 ningún 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	<div><div>ANDRES FELIPE LOZANO MONTOYA PS_1896_2026_F487FB</div><hr/>ANDRES FELIPE LOZANO MONTOYA CC: 1033782034</div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>YAMILE CANO HERRERA PS_1896_2026_F487FB</div><hr/>YAMILE CANO HERRERA SUPERVISOR ALTERNO</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ PS_1896_2026_F487FB</div><hr/>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033782034	ANDRES FELIPE LOZANO MONTOYA	diag 49 sur #54b-08	0000000	fellozano1395@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 (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77806614	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$576.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200		0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100

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	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033782034	ANDRES FELIPE LOZANO MONTOYA		diag 49 sur #54b-08	0000000	fellozano1395@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
		77806614	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$576.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	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 1033782034	LOZANO MONTOYA ANDRES FELIPE	57	0			N														25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

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 1896 2026 CRP -10295.pdf	1 PS 1896 2026 CRP -10295.pdf	Comprador	Descargar Detalle
☐	PS 1896 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1896 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	PS 1896 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1896 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	PS 1896 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1896 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1033782034	LOZANO	MONTOYA	ANDRES	FELIPE	2021-08	Capital Salud	COTIZANTE
CC	1033782034	LOZANO	MONTOYA	ANDRES	FELIPE	2026-04	Compensar	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Compensar	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				94 Registros en 10 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.
Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar

Descargar

(<https://www.youtube.com/@adrescolombia6206>)

Somos ADRES
ADRES Colombia



Ver en

- Presidencia (<https://www.presidencia.gov.co/>)
- Vicepresidencia (<https://www.vicepresidencia.gov.co/>)
- MinJusticia (<https://www.minjusticia.gov.co/>)
- MinDefensa (<https://www.mindefensa.gov.co/>)
- MinTrabajo (<https://www.mintrabajo.gov.co/web/guest>)
- MinInterior (<https://www.mininterior.gov.co/>)

- MinRelaciones (<https://www.cancilleria.gov.co/>)
- MinHacienda (<https://www.minhacienda.gov.co/>)
- MinMinasyEnergia (<https://www.minenergia.gov.co/es/>)

- MinComercio (<https://www.mincit.gov.co/>)
- MinTic (<https://www.mintic.gov.co/>)
- MinEducación (<https://www.mineducacion.gov.co/>)

- MinCultura (<https://www.mincultura.gov.co/>)
- MinAgricultura (<https://www.minagricultura.gov.co/>)
- MinAmbiente (<https://www.minambiente.gov.co/>)
- MinTransporte (<https://www.mintransporte.gov.co/>)
- MinVivienda (<https://www.minvivienda.gov.co/>)
- Gobierno Digital (<https://gobiernodigital.mintic.gov.co/portal/>)

Enlaces de Interés:

- Superintendencia Nacional de Salud (<https://www.supersalud.gov.co/>)
- Instituto Nacional de Salud (<https://www.ins.gov.co/>)
- Registro de Prescripción de Prestaciones No Incluidas en el POS (<https://mipres.sispro.gov.co/>)
- Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx>)
- Gestión del Riesgo Individual (<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>)
- Medicamentos a un clic (<https://medicamentosauunclic.gov.co/>)
- POS Pópuli (<https://pospopuli.minsalud.gov.co/>)

Otras entidades:

- Departamento Nacional de Planeación (<https://www.dnp.gov.co/>)
- Departamento Administrativo de la Función Pública (<https://www.funcionpublica.gov.co/>)
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (<https://www.dane.gov.co/>)
- Prosperidad Social (<https://prosperidadsocial.gov.co/>)
- Unidad para las Víctimas (<https://www.unidadvictimas.gov.co/>)
- Gobierno en Línea (<http://estrategia.gobiernoenlinea.gov.co/765/w3-channel.html>)
- ICBF (<https://www.icbf.gov.co/>)
- Colombia Compra Eficiente (<https://www.colombiacompra.gov.co/colombia-compra/colombia-compra-eficiente>)
- SECOP (<https://www.contratos.gov.co/consultas/inicioConsulta.do>)
- Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/es/>)
- Organización Panamericana de la Salud (<https://www.paho.org/col/>)



(<https://www.colombia.co/>)