aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1234641209		LOZANO ESQUIVEL JUAN ESTEBAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 6 # 46-91 APTO 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214006790	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1770510916	9490254529	I	2025/09/03	2025/09/12	SCOTIABANK COLPATRIA	9	$816,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																													
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																													
1	CC	1234641209	LOZANO JUAN																	25-14	30	EPS002	30		0	14-11	30	2.436%	0	No
Total	**Afiliados(1)**																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1234641209		LOZANO ESQUIVEL JUAN ESTEBAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 6 # 46-91 APTO 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214006790	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1770510916	9490254529	I	2025/09/03	2025/09/12	SCOTIABANK COLPATRIA	9	$816,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$419,900	$2,400	$0	$422,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$419,900	$2,400	$0	$422,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$64,000	$400	$0	$64,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$64,000	$400	$0	$64,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$328,000	$1,900	$0	$329,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$328,000	$1,900	$0	$329,900
TOTAL				**1**	**$811,900**	**$4,700**	**$0**	**$816,600**

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. PS 1870 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1870 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1870 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1870 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3.PS 1870 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1870 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	NC1 MEDICINA CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip	NC1 MEDICINA CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1870 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf	PS 1870 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1870 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1870 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1870 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1870 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1870 2025 CRP-6466.pdf	1 PS 1870 2025 CRP-6466.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1870 2025 CRP-11227.pdf	2 PS 1870 2025 CRP-11227.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1870 2025 CRP-12132.pdf	3 PS 1870 2025 CRP-12132.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1870 2025 CRP-13517.pdf	4 PS 1870 2025 CRP-13517.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1870 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1870 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1870 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1870 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5 PS 1870 2025 CRP-19055.pdf	5 PS 1870 2025 CRP-19055.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Cuenta cobro agosto 2025.pdf	Cuenta cobro agosto 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	8. PS 1870 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1870 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL**				**CC:**	**1234641209**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LOZANO.JUANES587@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3214006790**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CARRERA 6 # 46 - 91**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**		**N° CUENTA:**	**2742020468**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1870 2025**	**N° CDP:**	**2526**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/09/01**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 6.348.060**					

JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL
PS_1870_2025_DADC02

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL
CC: 1234641209
CEL: 3214006790

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			
JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL			
	CON C.C N°	**1.234.641.209**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL 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 1870 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 13.542.528	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 71.944.680	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.348.060
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON		

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. REALICE LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE MI ESPECIALIDAD, CON UN ALTO NIVEL CIENTIFICO, ETICO Y HUMANO, DE UNA MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE, EN CORRESPONDENCIA CON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, Y TENIENDO EN CUENTA QUE TODAS LAS DECISIONES CLINICAS GENERADAS EN LA ATENCION MEDICA PROCURARAN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE. 2. BRINDE UNA ATENCION EN SALUD CON OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCION PERSONALIZADA Y HUMANIZADA, CUMPLIENDO EL PRINCIPIO DE EQUIDAD Y CON ENFASIS EN ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9490254529	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/09/12	$ 328.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/12	$ 419.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/12	$ 64.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 811.900

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	*JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL* *PS_1870_2025_DADC02* **JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL** **CC: 1234641209**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1870_2025_DADC02* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON* *PS_1870_2025_DADC02* **PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**