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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**NICOLAS SANCHEZ LOZANO**			**CC:**	**1030682154**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NICOLASSANCHEZLING@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3186295429**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 43A SUR 72G 74**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488452558031**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5690 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.143.560**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/06/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/09/01**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

NICOLAS SANCHEZ LOZANO
PS_5690_2025_76BC04

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NICOLAS SANCHEZ LOZANO
CC: 1030682154
CEL: 3186295429

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			
NICOLAS SANCHEZ LOZANO			
CON C.C N°	**1.030.682.154**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5690 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/06/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.305.277	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.879.517	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTE Y TRES (23) DÍAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN		

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	Se brinda acompañamiento técnico y operativo en la ejecución de actividades de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura física hospitalaria, garantizando la funcionalidad y el cumplimiento de las condiciones mínimas exigidas para la prestación de servicios de salud.
2	Se realizan visitas técnicas de verificación y seguimiento para evaluar el estado físico y funcional de los equipos e instalaciones, reportando novedades y generando acciones de mejora cuando se identifican fallas o deterioro.
3	Se participa activamente en la planificación del Plan Anual de Adquisiciones, brindando análisis técnicos y recomendaciones sobre los requerimientos de infraestructura y servicios asociados, con base en las necesidades detectadas en campo.
4	Se elabora y actualiza el plan de mantenimiento hospitalario, estableciendo frecuencias, responsables y actividades requeridas para la conservación de la infraestructura física, conforme a los estándares de calidad y normatividad vigente.
5	Se brinda orientación técnica para estructurar y ejecutar el plan de mantenimiento integral, incluyendo intervenciones en redes y sistemas esenciales, así como la definición de prioridades en los servicios hospitalarios.
6	Se elaboran y entregan informes técnicos y administrativos con calidad y oportunidad, cumpliendo los plazos establecidos y aportando al seguimiento, control y mejora de los procesos internos o requerimientos de entes de control.
7	Se participa activamente en comités y reuniones, aportando desde la perspectiva técnica de infraestructura propuestas de mejora, recomendaciones y soluciones que fortalezcan el funcionamiento institucional y la toma de decisiones.
8	Se realiza seguimiento administrativo, técnico, financiero y legal a los contratos asignados, elaborando informes de supervisión, registros fotográficos, cronogramas y control de cumplimiento conforme a los procedimientos institucionales.
9	Se desarrollan actividades complementarias dentro del objeto del contrato, de acuerdo con las necesidades de la Subred, alineadas con las normas de calidad y los procesos definidos institucionalmente.
10	Se colabora en la planeación, ejecución y seguimiento de subprocesos administrativos o técnicos a solicitud de la Dirección, especialmente aquellos vinculados con infraestructura, mantenimiento y gestión de activos.
11	Se elabora documentación detallada sobre avances, hallazgos, resultados de intervenciones y seguimiento a actividades, en cumplimiento de las metas establecidas por el área administrativa.
12	Se participa en la formulación y ejecución de acciones de mejora continua, incluyendo las derivadas de hallazgos en auditorías o procesos de habilitación, contribuyendo a mantener estándares de calidad en la infraestructura hospitalaria.
13	Se acata y promueve el cumplimiento de los lineamientos institucionales en materia de seguridad, salud ocupacional, sostenibilidad y calidad durante todas las actividades ejecutadas.
14	Se mantiene una actitud profesional, respetuosa y empática en la interacción con usuarios, compañeros y funcionarios, promoviendo un ambiente institucional positivo.
15	Se cumple con la presentación de los aportes de seguridad social correspondientes al periodo de facturación, como requisito para la certificación del contrato.
16	Se desarrollan tareas adicionales orientadas por el supervisor que se ajusten al perfil y responsabilidades del contratista, siempre vinculadas a los objetivos del contrato.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9493145276	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2025/10/10	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/10	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*NICOLAS SANCHEZ LOZANO* *PS_5690_2025_76BC04* **NICOLAS SANCHEZ LOZANO** **CC: 1030682154**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_5690_2025_76BC04* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030682154		SANCHEZ LOZANO NICOLAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 43a sur # 72g 74	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3186295429	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1842740267	9493145276	I	2025/10/14	2025/10/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$469,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1030682154	SANCHEZ NICOLAS	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$28,500	14-7	30	$1,423,500	$34,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030682154		SANCHEZ LOZANO NICOLAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 43a sur # 72g 74	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3186295429	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1842740267	9493145276	I	2025/10/14	2025/10/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$469,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$34,700	$0	$0	$34,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$469,000	$0	$0	$469,000