

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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
2025-12	2025-12	2062569750	9497588087	I	2026/01/06	2026/01/06	DAVibank S.A.	0	\$866,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES									
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	lvs	pcr	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																										
																							\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$68,300			\$0	\$0	\$866,300	
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																																										
																							\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$68,300			\$0	\$0	\$866,300	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																										
																							\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$68,300			\$0	\$0	\$866,300	
1	CC	1234641209	LOZANO JUAN																		25-14	30	\$2,800,000	\$448,000	EPS002	30	\$2,800,000	\$350,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,800,000	2.436%	\$68,300	0	\$0	\$0	No	\$866,300
Total Afiliados(1)																																										
																							\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$68,300			\$0	\$0	\$866,300	

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$448,000	\$0	\$0	\$448,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$448,000	\$0	\$0	\$448,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$68,300	\$0	\$0	\$68,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$68,300	\$0	\$0	\$68,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$350,000	\$0	\$0	\$350,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$350,000	\$0	\$0	\$350,000
TOTAL				1	\$866,300	\$0	\$0	\$866,300

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)

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:	BANCO SCOTIABANK COLPATR	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	2742020468

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1870 2025	N° CDP:	1799	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/08/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/07/01 AL 2025/07/01					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.559.662					



JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL
PS_1870_2025_C4324A-2025-07-18 08:21:32

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL

CC: 1234641209

CEL: 3214006790

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	186
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 57.978.948	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.559.662
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS OCHO (8) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR: PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON

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	Respondi por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia
2	Preste el servicio de conformidad con la programacion de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades
3	Preste el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando asi que se genere glosa definitiva o procesos de conciliacion por parte de eapb
4	Reporte los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
5	Informe a la comunidad sobre la prevencion de las enfermedades propias de su especialidad
6	Asisti a las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones, comites y eventos a los cuales sea convocado
7	informe oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones
8	Realice las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su 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
9	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, protocolos, intervenciones y guias de atencion, de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion
10	Cumpli con las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y sea requerido
11	informe al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfaccion sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atencion
12	Diligencie los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion
13	Respete los derechos del paciente, cumplir el codigo de etica medica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atencion
14	Realice el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados
15	Realice resúmenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados
16	Garantice la debida reserva de la informacion del paciente y de los registros clinicos
17	Reporte al area de recursos fisicos activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales
18	Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demas directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma
19	Utilice de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposicion o reparacion cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulacion de los mismos
20	Apoye la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio
21	Notifique los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atencion al paciente y apoyar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio

22	Apoye las actividades de docencia de servicio en la revista medica y otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud
23	facilite las labores de supervision, evaluacion y control que la subred realice en forma directa por la subdireccion de servicios de salud, la oficina de calidad y/o a traves de terceros
24	Participe en las investigaciones y estudios especificos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de su especialidad relacionados con esta Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
25	Cumpli oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la oficina de calidad
26	Realice inscripcion en el rethus, mipres y ruaf
27	Porte el carnet institucional de la subred durante la ejecucion de las actividades contractuales

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 (2025-07-01) AL (2025-07-01)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9487390658	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/07/10	\$ 328.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/10	\$ 419.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/10	\$ 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_C4324A-2025-07-18 08:21:32 JUAN ESTEBAN LOZANO ESQUIVEL CC: 1234641209
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1870_2025_C4324A-2025-07-18 16:05:08 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO



PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON

PS_1870_2025_C4324A-2025-07-18 16:49:47

PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON
SUPERVISOR DEL CONTRATO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**