

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	NICOLAS NIÑO LATORRE			CC:	1020797525
CORREO ELECTRÓNICO:	NICOLASNINOLATORRE@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3105855062
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 21 137 70			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	009770226513
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5968 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 15.652.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/18	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 NICOLAS NIÑO LATORRE PS_5968_2025_79242B NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NICOLAS NIÑO LATORRE CC: 1020797525 CEL: 3105855062					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NICOLAS NIÑO LATORRE

CON C.C N°

1.020.797.525

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ORTOPEDISTA 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 5968 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/07/18

VALOR INICIAL DEL
CONTRATO

\$

23.321.126

No. HORAS EJECUTADAS

172

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

95.659.824

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

15.652.000

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO
PRORROGAS

CINCO (5) MESES Y VEINTE Y OCHO (28) DÍAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

SAUL ARDILA DURAN

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

Como profesional en la especialidad de ortopedia cumplo con las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos en el área de ortopedia comprenden el estudio, diagnóstico y tratamiento de patologías que afectan huesos, articulaciones, músculos, tendones y ligamentos, mediante técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas, con un enfoque ético, científico y humanizado. Estas acciones se desarrollan de manera oportuna, integral y personalizada, siguiendo protocolos, guías y estándares de calidad, brindando atención en todas las unidades requeridas. Se incluye la aplicación de listas de seguridad quirúrgica, información clara al paciente y su familia, diligenciamiento completo y oportuno de historias clínicas y demás registros, respeto por los derechos del paciente, uso adecuado de equipos e infraestructura, reporte de eventos e incidentes, participación en actividades docentes y de prevención, así como asistencia a capacitaciones y cumplimiento de los requisitos legales, administrativos y contractuales establecidos.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:

N° 91954701

OPERADOR:

MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO

ENTIDAD

FECHA DE PAGO

VALOR PAGADO

SALUD:

SANITAS

2025/12/02

\$ 773.500

PENSIÓN:

PORVENIR

2025/12/02

\$ 1.052.100

RIESGOS LABORALES:

SURA

2025/12/02

\$ 0

OTRO

TOTAL PAGADO

\$ 1.825.600

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



NICOLAS NIÑO LATORRE

PS_5968_2025_79242B

NICOLAS NIÑO LATORRE

CC: 1020797525

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_5968_2025_79242B

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

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



SAUL ARDILA DURAN

PS_5968_2025_79242B

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
6d0539efed8add25e7b2a287d143c06c1792fb0ff0b6c61b365ae37f63ceac5bae4bd1461bc9bb3d12f56544698a1325

Número de Factura: FE-23

Fecha de Emisión: 17/12/2025

Fecha de Vencimiento: 15/02/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: NIÑO LATORRE NICOLAS

Nombre Comercial: NIÑO LATORRE NICOLAS

Nit del Emisor: 1020797525

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal:R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 7490

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: TV 6 124 37 TO 2 AP 904

Teléfono / Móvil: 3105855062

Correo: nicolas_nino8@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 900959051

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: DIAGONAL 34 # 5-43

Teléfono / Móvil: 6013444484

Correo: contabilidad7@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	0004	Honorarios Ortopedia SC	NIU	1,00	\$ 15.652.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 15.652.000,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
17/12/2025 19:23:41
Documento validado por la
DIAN:
17/12/2025 19:23:42
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		0
Subtotal		15652000
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		15652000
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0
Total impuesto (=)		0
Total neto factura (=)		15652000
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)		COP \$ \$ 15652000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0
RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal		15.652.000,00
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		15.652.000,00
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		0,00
Total neto factura (=)		15.652.000,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)		COP \$ \$ 15.652.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00
RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764093779486 Rango desde: 1 Rango hasta: 100000 Vigencia: 2027-05-29

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	02/12/2025	91954701	\$1.976.400	

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	773.500	0		0		0	0	0	0	773.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	990.100	0	0	31.000	31.000	0	0		1.052.100	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	150.800				150.800	0	0	150.800			1.508	150.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	773.500	773.500
Pensión	1	1.052.100	1.052.100
Riesgos Laborales	1	150.800	150.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.976.400	1.976.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020797525	NICOLAS NIÑO LATORRE		carrera 21 No 137 - 70 apto 401	3105855062	nicolas_nino8@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	02/12/2025	91954701	\$1.976.400

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres					Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización de	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN							
1	CC	1020797525	NIÑO LATORRE NICOLAS					57	0		N																	230301	6.188.000	990.100	0	0	31.000	31.000	EPS005	6.188.000	773.500	14-11	6.188.000	3	150.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Esitorio

→

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					

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	8. PS 5968 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf.pdf	8. PS 5968 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 5968 2025 CRP-21406.pdf	1 PS 5968 2025 CRP-21406.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 5968 2025 CRP-22995.pdf	2 PS 5968 2025 CRP-22995.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	9. PS 5968 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 5968 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. PS 5968 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf.pdf	10. PS 5968 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	11. PS 5968 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 5968 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
			Borrar Cargar nuevo		