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:	**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:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**22900006029**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2976 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.191.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/06/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31**				

NICOLAS SANCHEZ LOZANO
PS_2976_2026_59F9F4

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 COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III 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 2976 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.764.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.955.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.191.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
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	Desarrollé y apoyé las actividades relacionadas con el mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura física de las sedes de la Subred Centro Oriente E.S.E., realizando seguimiento a las intervenciones ejecutadas y verificando su adecuada ejecución. Realicé
2	Realicé inspecciones técnicas y verificaciones periódicas del estado de equipos industriales, sistemas de respaldo eléctrico, redes hidrosanitarias y demás activos asociados a la infraestructura hospitalaria, identificando necesidades de mantenimiento y mejora.
3	Apoyé la identificación y consolidación de necesidades de bienes, obras y servicios requeridos para la conservación y mejoramiento de la infraestructura, aportando información técnica para la planeación de adquisiciones.
4	Participé en la formulación, actualización y seguimiento del Plan de Mantenimiento Hospitalario, verificando el cumplimiento de las actividades programadas para las diferentes sedes.
5	Elaboré conceptos técnicos, análisis de necesidades y especificaciones requeridas para la contratación de obras civiles, adecuaciones locativas y servicios relacionados con infraestructura.
6	Realicé seguimiento a la ejecución de actividades de mantenimiento de instalaciones físicas, redes eléctricas, hidrosanitarias y equipos de soporte industrial, verificando el cumplimiento de los planes establecidos.
7	Elaboré y consolidé informes técnicos y administrativos relacionados con el estado de la infraestructura, avance de proyectos, mantenimientos ejecutados y requerimientos institucionales.
8	Participé en reuniones técnicas, administrativas y mesas de trabajo institucionales, presentando avances, necesidades y propuestas de mejora para la infraestructura hospitalaria.
9	Gestioné la recopilación y suministro de información requerida para la atención de solicitudes internas, auditorías y requerimientos de organismos de control relacionados con el área de infraestructura.
10	Brindé apoyo técnico y acompañamiento a las áreas de mantenimiento, gestión ambiental, tecnología y biomédica en temas relacionados con infraestructura física y requerimientos locativos.
11	Apoyé la evaluación de necesidades de infraestructura para la instalación, reposición o mantenimiento de equipos biomédicos y tecnológicos en las diferentes sedes.
12	Realicé seguimiento técnico y administrativo a los contratos asignados, verificando el cumplimiento de actividades, cronogramas, obligaciones contractuales y entrega de soportes por parte de los contratistas.
13	Atendí actividades complementarias requeridas para garantizar la adecuada operación de los servicios de infraestructura y mantenimiento de la entidad.
14	Apoyé a la Dirección Administrativa en la gestión de requerimientos, proyectos, adecuaciones y demás actividades relacionadas con la infraestructura institucional.
15	Presenté informes de gestión, avances de actividades, estado de proyectos y seguimiento a requerimientos conforme a las necesidades del área.
16	Realicé seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de visitas de habilitación, auditorías e inspecciones, gestionando las acciones necesarias para el cierre de hallazgos relacionados con infraestructura.
17	Participé en actividades institucionales orientadas al fortalecimiento de los procesos de mantenimiento, calidad, habilitación y mejoramiento continuo.
18	Verifiqué el adecuado uso de recursos, materiales, equipos y herramientas empleados en las actividades de mantenimiento e infraestructura.
19	Promoví el cumplimiento de los lineamientos de Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión Ambiental y Bioseguridad durante la ejecución de obras y actividades de mantenimiento.

20	Atendí de manera oportuna los requerimientos de las diferentes áreas y servicios, brindando acompañamiento técnico y soluciones relacionadas con infraestructura física.
21	Mantuve la confidencialidad de la información técnica, contractual y administrativa conocida durante el desarrollo de las actividades asignadas.
22	Informé oportunamente al supervisor del contrato las novedades, riesgos, necesidades y situaciones identificadas que pudieran afectar la infraestructura o la prestación de los servicios.
23	Elaboré y presenté los informes mensuales de actividades desarrolladas, adjuntando los respectivos soportes y evidencias de gestión.
24	Cumplí con los requisitos administrativos y contractuales establecidos para la ejecución del contrato
25	Gestioné y realicé seguimiento a las mesas de ayuda relacionadas con infraestructura, mantenimiento locativo, sistemas eléctricos, hidrosanitarios y equipos industriales, coordinando su atención y cierre oportuno.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9503752577	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2026/05/14	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/14	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/14	$ 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 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_2976_2026_59F9F4* **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_2976_2026_59F9F4* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**