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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JAVIER DANIEL LOZANO SARMIENTO**			**CC:**	**1140893144**
CORREO ELECTRÓNICO:	**lozanoJAVIER0621@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3006593090**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CALLE 51 #13-70**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**027600156585**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2152 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 7.084.740**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

JAVIER DANIEL LOZANO SARMIENTO
PS_2152_2026_8EB74F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JAVIER DANIEL LOZANO SARMIENTO
CC: 1140893144
CEL: 3006593090

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			
JAVIER DANIEL LOZANO SARMIENTO			
	CON C.C N°	**1.140.893.144**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2152 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 28.338.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 42.508.440	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 7.084.740
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		

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. PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO, REALIZANDO CONSULTAS MEDICAS CONFOME AL ESTANDAR DEFINIDO DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR Y DEMANDA DE SERVICIOS, ENMARCADO DENTRO DE LOS PARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION Y ACOGIENDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DEFINIDAS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.
2	2. DILIGENCIAR EL REGISTRO INDIVIDUAL DE ATENCION EN SALUD (RIPS) DE TODOS LOS USUARIOS ADECUADAMENTE.
3	3. APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
4	4. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
5	5. NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9507677810	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/06/08	$ 354.300
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/06/08	$ 453.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/08	$ 69.100
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 876.900

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	*JAVIER DANIEL LOZANO SARMIENTO* *PS_2152_2026_8EB74F* **JAVIER DANIEL LOZANO SARMIENTO** **CC: 1140893144**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_2152_2026_8EB74F* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 1140893144		LOZANO SARMIENTO JAVIER DANIEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 17 32-18 APT 206	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3006593090	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	462023601	9507677810	I	2026/07/10	2026/07/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$876,900

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	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)																					**$2,833,920**	**$453,500**			**$2,833,920**	**$354,300**			**$0**	**$0**			**$2,833,920**		**$69,100**		**$0**	**$0**		**$876,900**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$2,833,920**	**$453,500**			**$2,833,920**	**$354,300**			**$0**	**$0**			**$2,833,920**		**$69,100**		**$0**	**$0**		**$876,900**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					**$2,833,920**	**$453,500**			**$2,833,920**	**$354,300**			**$0**	**$0**			**$2,833,920**		**$69,100**		**$0**	**$0**		**$876,900**
1	CC	1140893144 LOZANO JAVIER																		231001	30	$2,833,920	$453,500	EPS037	30	$2,833,920	$354,300		0	$0	$0	14-11	30	$2,833,920	2.436%	$69,100	0	$0	$0	No	$876,900
Total	**Afiliados(1)**																					$2,833,920	$453,500			$2,833,920	$354,300			$0	$0			$2,833,920		$69,100		$0	$0		$876,900

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$453,500	$0	$0	$453,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$453,500	$0	$0	$453,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$69,100	$0	$0	$69,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$69,100	$0	$0	$69,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$354,300	$0	$0	$354,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$354,300	$0	$0	$354,300
TOTAL				**1**	**$876,900**	**$0**	**$0**	**$876,900**

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 2152 2026 CRP -9028.pdf	1 PS 2152 2026 CRP -9028.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2152 2026 24-03-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2152 2026 24-03-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2152 2026 CRP -16302.PDF	2 PS 2152 2026 CRP -16302.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2152 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2152 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2152 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2152 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2152 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf.pdf	PS 2152 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2152 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 2152 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2152 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 2152 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo