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: (28-02-2026)					
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:	**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 2976 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.077.190**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/02 AL 2026/02/28**				

NICOLAS SANCHEZ LOZANO
PS_2976_2026_767428

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:	$ 12.764.640	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.077.190
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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	Coordinar y supervisar la ejecución de actividades de mantenimiento preventivo y correctivo en la infraestructura hospitalaria de la Subred, priorizando áreas asistenciales, con el fin de garantizar condiciones físicas seguras, funcionales y normativamente adecuadas para la prestación continua de los servicios de salud.
2	Verificar el estado operativo y funcional de los equipos, enseres, maquinarias y demás activos hospitalarios mediante inspecciones periódicas, con el fin de identificar oportunamente necesidades de mantenimiento preventivo o correctivo.
3	Asesorar técnicamente la adquisición de bienes, obras y servicios requeridos para el mantenimiento y adecuación de la infraestructura hospitalaria, aportando insumos técnicos para la elaboración y actualización del Plan Anual de Adquisiciones.
4	sesorar la elaboración, implementación y seguimiento del Plan de Mantenimiento Hospitalario, definiendo criterios técnicos, prioridades de intervención y cronogramas de ejecución para la infraestructura, equipos y sistemas del hospital.
5	Asesorar y/o elaborar los análisis técnicos requeridos para la contratación de obras civiles, bienes y servicios incluidos en el Plan Anual de Adquisiciones, bajo la modalidad de convocatoria pública.
6	Asesorar la formulación, actualización y seguimiento del Plan de Mantenimiento de instalaciones físicas, redes eléctricas, hidráulicas y sanitarias, así como del plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos.
7	7. Responder por los informes solicitados al área, tanto para procesos internos como para entidades externas, garantizando oportunidad, calidad y cumplimiento de los términos establecidos.
8	8. Participar activamente en reuniones de carácter científico y/o administrativo y en los comités institucionales asignados, proponiendo mejoras y acciones para el fortalecimiento institucional.
9	9. Gestionar y consolidar los informes administrativos inherentes al área, solicitados por la Subgerencia Administrativa y Financiera y/o por entes de control externo.
10	10. Asesorar al personal de los grupos de trabajo de gestión ambiental, mantenimiento, tecnología y biomédica, definiendo lineamientos, directrices, responsabilidades y demás aspectos relacionados con sus funciones.
11	11. Apoyar la adquisición, renovación y mantenimiento de la tecnología biomédica requerida para la prestación de los servicios de salud.
12	12. Apoyar la supervisión de los contratos que le sean designados, realizando seguimiento administrativo, técnico, financiero, contable y jurídico, conforme a los manuales y procedimientos de contratación, e igualmente elaborar los estudios de necesidad que le sean solicitados.
13	13. Ejecutar las actividades asignadas conforme a los lineamientos de calidad establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., garantizando la idoneidad y calidad de los servicios ofrecidos.
14	Apoyar a la Dirección Administrativa en la gestión de los subprocesos cuando sea requerido.
15	Presentar los informes periódicos y específicos que requiera el área o el supervisor del contrato.
16	Apoyar las actividades orientadas al mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas en los planes de mejoramiento derivados de los estándares de habilitación de los servicios de salud.

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 (2026-02-02) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9498611641	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2026/02/12	$ 218.861
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/12	$ 280.142
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/12	$ 42.651
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.654

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_767428* **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_767428* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**