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: (31-03-2026)					
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**			**$ 3.191.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

NICOLAS SANCHEZ LOZANO
PS_2976_2026_12AAB4

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:**	$ 3.191.160
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	Se brinda acompañamiento técnico y operativo en la ejecución de actividades de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura física hospitalaria, garantizando la funcionalidad y el cumplimiento de las condiciones mínimas exigidas para la prestación de servicios de salud.
2	Se realizan visitas técnicas de verificación y seguimiento para evaluar el estado físico y funcional de los equipos e instalaciones, reportando novedades y generando acciones de mejora cuando se identifican fallas o deterioro.
3	Se participa activamente en la planificación del Plan Anual de Adquisiciones, brindando análisis técnicos y recomendaciones sobre los requerimientos de infraestructura y servicios asociados, con base en las necesidades detectadas en campo.
4	Se elabora y actualiza el plan de mantenimiento hospitalario, estableciendo frecuencias, responsables y actividades requeridas para la conservación de la infraestructura física, conforme a los estándares de calidad y normatividad vigente.
5	Se brinda orientación técnica para estructurar y ejecutar el plan de mantenimiento integral, incluyendo intervenciones en redes y sistemas esenciales, así como la definición de prioridades en los servicios hospitalarios.
6	Se elaboran y entregan informes técnicos y administrativos con calidad y oportunidad, cumpliendo los plazos establecidos y aportando al seguimiento, control y mejora de los procesos internos o requerimientos de entes de control.
7	Se participa activamente en comités y reuniones, aportando desde la perspectiva técnica de infraestructura propuestas de mejora, recomendaciones y soluciones que fortalezcan el funcionamiento institucional y la toma de decisiones.
8	Se realiza seguimiento administrativo, técnico, financiero y legal a los contratos asignados, elaborando informes de supervisión, registros fotográficos, cronogramas y control de cumplimiento conforme a los procedimientos institucionales.
9	Se colabora en la planeación, ejecución y seguimiento de subprocesos administrativos o técnicos a solicitud de la Dirección, especialmente aquellos vinculados con infraestructura, mantenimiento y gestión de activos.
10	Se elabora documentación detallada sobre avances, hallazgos, resultados de intervenciones y seguimiento a actividades, en cumplimiento de las metas establecidas por el área administrativa.
11	Se participa en la formulación y ejecución de acciones de mejora continua, incluyendo las derivadas de hallazgos en auditorías o procesos de habilitación, contribuyendo a mantener estándares de calidad en la infraestructura hospitalaria.
12	Se acata y promueve el cumplimiento de los lineamientos institucionales en materia de seguridad, salud ocupacional, sostenibilidad y calidad durante todas las actividades ejecutadas.
13	Se mantiene una actitud profesional, respetuosa y empática en la interacción con usuarios, compañeros y funcionarios, promoviendo un ambiente institucional positivo.
14	Se cumple con la presentación de los aportes de seguridad social correspondientes al periodo de facturación, como requisito para la certificación del contrato.

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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9500396577	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2026/03/27	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/03/27	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/03/27	$ 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_12AAB4* **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_12AAB4* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**