**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: 6**
**FECHA: 2024-09-16**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2025)** | | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **WALTHER ALEJANDRO CARRION PARRA** | | | | **CC:** | **1013623056** |
| | | | | | **RUT (NIT):** | **1013623056** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **PARRA.1990@HOTMAIL.COM** | | | | **TELÉFONO:** | **3213247022** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 29A SUR 50 57** | | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **004300235969** |

| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 4177 2025** | **N° CDP:** | **859** | **N°. RP:** | **12411** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **2025/03/31** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 18.861.360** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/04/01 AL 2025/04/30** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | **$ 3.143.560** | | | | | |

*WALTHER ALEJANDRO CARRION PARRA*
*PS_4177_2025_1D3BB6-2025-04-15 20:19:04*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**WALTHER ALEJANDRO CARRION PARRA**
**CC: 1013623056**
**CEL: 3213247022**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | | | **WALTHER ALEJANDRO CARRION PARRA** | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | **1.013.623.056** | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE APOYO ADMINISTRATIVO EN LA OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TIC'S DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 4177 2025** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 9.430.680 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 18.861.360 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.143.560 | |
| **N° DE INFORME:** | 3 | **Nº CRP INICIAL:** | 5854 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 3 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | SEIS (6) MESES | | | | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TIC SIN SUPERVISOR | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | SINDY STEPHANIE VILLARREAL RAMIREZ | | | | |
| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | |
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | (1) | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):** | | ADICION (X) | PRORROGA (X) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 9.430.680 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 859 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 12411 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **III. POLIZAS (SI APLICA)** | | | | | |
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | **X** | |
| **N° DE PÓLIZA:** | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | | **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:** | | | |

| ITEM | IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Se gestionaron todas las solicitudes y comunicados vía correo electrónico, y por nuestro sistema de gestión de calidad agilsalud, dando cumplimiento a las respuestas en sus fechas previstas |
| 2 | Se presentaron ante la dirección de talento humano todas las solicitudes permisos y demás documentos del personal de planta de acuerdo al formato de solicitud de permisos. |
| 3 | Se realizó y presento de forma física las adiciones por tres meses hasta 30 de junio 2025 del personal de OPS de la oficina TIC. |
| 4 | Se realizó y tramito de manera personal y en físico las solicitudes de 6 contratos por necesidad de contratación para prestar servicios para la oficina TIC. |
| 5 | Se gestionó la entrega oportuna de los planes de mejora y de los indicadores POA de la oficina TIC en el aplicativo de Almera |
| 6 | Se realizaron actas de las diferentes reuniones de la oficina, como reuniones de líderes y reuniones de equipo general TIC. |
| 7 | Se realizaron a cabalidad todas las solicitudes y necesidades dispuestas por la jefa de la oficina TIC. |

**V. 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 (2025-04-01) AL (2025-04-30)

VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 85360976 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SALUD TOTAL | 2025/04/09 | $ 177.938 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 2025/04/09 | $ 227.760 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2025/04/09 | $ 34.677 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 440.375 |

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:** | *WALTHER ALEJANDRO CARRION PARRA*<br>*PS_4177_2025_1D3BB6-2025-04-15 20:19:04*<br>**WALTHER ALEJANDRO CARRION PARRA**<br>**CC: 1013623056**<br>**CEL: 3213247022** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **SINDY STEPHANIE VILLARREAL RAMIREZ**<br>**CARGO:**<br>**JEFE OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN TIC** |