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: (31-05-2025)						
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:**		**2025/06/30**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 18.861.360**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/05/01 AL 2025/05/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.143.560**					

WALTHER ALEJANDRO CARRION PARRA
PS_4177_2025_B2400B-2025-05-16 10:41:09

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** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **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:	5	**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:	JOSE GILRALDO RAMIREZ CLAVIJO				
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** **(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.

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 (2025-05-01) AL (2025-05-31)

VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 86172512	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/05/09	$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/05/09	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/05/09	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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* *PS_4177_2025_B2400B-2025-05-16 10:41:09* **WALTHER ALEJANDRO CARRION PARRA** **CC: 1013623056** **CEL: 3213247022**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 *JOSE GILRALDO RAMIREZ CLAVIJO* *PS_4177_2025_B2400B-2025-05-16 15:42:33* **JOSE GILRALDO RAMIREZ CLAVIJO** **CARGO:** **JEFE OFICINA SISTEMAS DE INFORMACION TIC**