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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**WALTHER ALEJANDRO CARRION PARRA**			**CC:**	**1013623056**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PARRA.1990@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3213247022**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 29 SUR 50 57**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004300235969**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4177 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.143.560**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/09/01**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

WALTHER ALEJANDRO CARRION PARRA
PS_4177_2025_485A81

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 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			
WALTHER ALEJANDRO CARRION PARRA			
	CON C.C N°	**1.013.623.056**	
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	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 31.435.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSE GILDARDO RAMIREZ CLAVIJO		

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 hace seguimiento al cargue en Almera y en los distintos aplicativos de la Subred, los indicadores, informes, planos y demás documentos de la oficina de las TIC de conformidad con los acuerdos realizados con cada proceso de supervisión de los mismos, (calidad, desarrollo institucional, control interno).
2	Se gestionaron todas las solicitudes que ingresaron a la oficina de las TIC por los diferentes canales de comunicación de la institución. Incluidas las solicitudes a correo institucional de apoyo y de la Jefatura de Sistemas, las solicitudes enviadas por nuestros sistemas de gestión documental Agilsalud y las que se remiten de manera física por correo certificado, de manera interna y externa.
3	Se gestiona, revisan y radican las cuentas de cobro del personal OPS de la oficina de las TIC, realizando previamente la liquidación de los contratos en aplicativo SIGCO.
4	Se realiza la solicitud de insumos en el aplicativo Dinámica Gerencia Hospitalaria, de acuerdo a las necesidades de la oficina de las TIC.
5	Se utilizan adecuadamente los formatos normalizados para actas de reunión y demás requisitos oficiales.
6	Se manejará adecuadamente las comunicaciones de entrada y de salida y los documentos oficiales de la institución a través de la debida función archivística.
7	Se realizo el seguimiento a los tramites de necesidad de personal nueva parea la oficina de las TIC y se creo drive de banco de hojas de vida para cada subproceso de la Oficina, adicional se gestionaron y ra-dicaron en la oficina de talento humanotodos los permisos solicitados por el personal de planta autorizados y firmados previamente por el Jefe de la Oficina de Sistemas

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 90209136	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/14	$ 178.000

PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/14	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/10/14	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*WALTHER ALEJANDRO CARRION PARRA* *PS_4177_2025_485A81* **WALTHER ALEJANDRO CARRION PARRA** **CC: 1013623056**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOSE GILDARDO RAMIREZ CLAVIJO* *PS_4177_2025_485A81* **JOSE GILDARDO RAMIREZ CLAVIJO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**