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:	**OSCAR ANDRES SUAREZ CASTILLO**			**CC:**	**1000216373**
CORREO ELECTRÓNICO:	**OSCARANDRESTRABAJOS14@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3132479703**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 65 67 A 42**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488430196151**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1534 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.222.946**
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**				

OSCAR ANDRES SUAREZ CASTILLO
PS_1534_2025_D750BF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
OSCAR ANDRES SUAREZ CASTILLO
CC: 1000216373
CEL: 3132479703

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			
OSCAR ANDRES SUAREZ CASTILLO			
	CON C.C N°	**1.000.216.373**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES 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 1534 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.229.460	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.222.946
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	GESTION TIC > CONECTIVIDAD > Telefonía IP, extensiones = 4
2	GESTION TIC > CONECTIVIDAD > WIFI > Habilitación o deshabilitación SSID = 2
3	GESTION TIC > SEGURIDAD > EVENTO > Daño en disco duro o robo información = 1
4	GESTION TIC > SOPORTE TÉCNICO > Impresoras o escáneres rentados = 4
5	GESTION TIC > SOPORTE TÉCNICO > Instalación o actualización Aplicativos = 6
6	GESTION TIC > SOPORTE TÉCNICO > Mantenimiento preventivo Hardware = 1
7	GESTION TIC > SOPORTE TÉCNICO > Repuestos e insumos = 46
8	GESTION TIC > SOPORTE TÉCNICO > Revisión Punto de Red = 1
9	GESTION TIC > SOPORTE TÉCNICO > Soporte equipos propios = 109
10	GESTION TIC > SOPORTE TÉCNICO > Soporte equipos terceros = 2
11	TOTAL = 176

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° 90124961	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	2025/10/14	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/14	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	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	*OSCAR ANDRES SUAREZ CASTILLO* *PS_1534_2025_D750BF* **OSCAR ANDRES SUAREZ CASTILLO** **CC: 1000216373**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JHON ALEXANDER GELVES ARIAS* *PS_1534_2025_D750BF* **JHON ALEXANDER GELVES ARIAS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOSE GILDARDO RAMIREZ CLAVIJO* *PS_1534_2025_D750BF* **JOSE GILDARDO RAMIREZ CLAVIJO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**