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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MAURICIO ABRIL VELOSA**			**CC:**	**79361131**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YIMAS05@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3163033341**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 14 B 119 A 71**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008770127341**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1523 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.222.946**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

MAURICIO ABRIL VELOSA
PS_1523_2025_850106

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MAURICIO ABRIL VELOSA
CC: 79361131
CEL: 3163033341

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			
MAURICIO ABRIL VELOSA			
	CON C.C N°	**79.361.131**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TIC DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1523 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.452.406	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.222.946
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN		

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	CAPACITACION ENFERMERAS Y AUXILIARES EN EL MANEJO DE DINAMICA GERENCIAL.
2	CAPACITACION MEDICOS EN FORMACION EN DINAMICA GERENCIAL WEB
3	REVISION DE DOS NUEVAS COMPILACIONES DINAMICA GERENCIAL PARA EL PROCESO DE ACTUALIZACIO
4	ACOMPAÑAMIENTO ACTUALIZACION 2 VECES SANTA CLARA TODOS LOS SERVICIOS
5	SE CREARON USUARIOS DE ACCESO EN DINAMICA PARA , DE MEDICOS ,,,ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA
6	MESA DE TRABAJO CON LIDERS DE ENFERMERIA PARA VALAIDAR LAS OPCIONES DE: PLAN DE CUIDADOS NANDA TABLERO DE CONTROL DE ENTREGA DE TUERNO
7	MESA DE TRABAJO CON LIDER Y FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVO EN EL FUNCIONAMINETO DEL MODULO DE CIRUGIAS
8	CAPACITACION MEDICOS HOSPITALARIOS EN EL MANEJO DE DINAMICA GERENCIAL...WEB
9	REVISION Y MESA DE TRABAJO MODULO DENUTRICION Y DIETAS EL DINAMICA GERENCIAL WEB, CON EL LIDER DEL PROCESO SE ENCONTRARON FALENCIAS EN LA EJECUCION DEL MODULO -SE INFORMO ALOS ING. DE SYAC.

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° 90073873	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/27	$ 1.836.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/27	$ 2.349.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/27	$ 35.800
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 4.220.800

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	*MAURICIO ABRIL VELOSA* *PS_1523_2025_850106* **MAURICIO ABRIL VELOSA** **CC: 79361131**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JOHN FREDY QUINTERO MENDEZ* *PS_1523_2025_850106* **JOHN FREDY QUINTERO MENDEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN* *PS_1523_2025_850106* **JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**