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: (31-01-2026)					
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:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

MAURICIO ABRIL VELOSA
PS_1523_2025_04DBDE

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:	$ 31.121.244	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.222.946
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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	APOYO A ENFEREMRIA EN LA REVISION DEL PROCESO DE ENTREGA DE TURNO...EN DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA WEB
2	MESAS DE TRABAJO CON LIDERES PROCESO NUTRICION Y DIETAS EN REVISION DEL MODULO DE NUTRICION Y DIETAS EN DINAMICA GERENCIAL WEB
3	REVISION DE NUEVAS COMPILACIONES DINAMICA GERENCIAL PARA EL PROCESO DE ACTUALIZACION. ACOMPAÑAMIENTO ACTUALIZACION SANTA CLARA TODOS LOS SERVICIOS
4	VISITA A VARIAS UNIDADES DE LA SUBRED PARA VALIDAR FUNCIONAMIENTO DE VARIOS PROCESO EN ELAPLICATIVO DINAMNICA GERENCIAL WEB
5	CAPACIATACION PERSONALMEDICO EN FOEMACION (INTERNOS-RESIDENTES)EN EL MANEJO DE DINAMICA GERENCIAL WEB
6	CAPACITACION PERSONAL NUEVO DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE DINAMICA GERENCIAL WEB
7	CREACION DE USUARIOS VARIOS (MEDICOS ENFERMERIA,OSTEOSISTESIS,)EN DINAMICA GERENCIAL WEB
8	SOPORTES VARIOS EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED DE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIAS
9	TURNO DE DISPONIBILIDAD TELEFONICA CADA 20 DIAS EN DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA (NET,WEB)NOCTURNO Y FINES DE SEMANA EN TODAS LAS DEPENDENCIAS DE LA SUBRED SEGUN REQUERIMIENTO DE LOS USUARIOS.

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 92612803	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/13	$ 178.500

PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/13	$ 228.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/13	$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 441.700

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_04DBDE* **MAURICIO ABRIL VELOSA** **CC: 79361131**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JOHN FREDY QUINTERO MENDEZ* *PS_1523_2025_04DBDE* **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_04DBDE* **JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**