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: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LEONARDO FABIO TORRES GALINDO**			**CC:**	**10774157**
CORREO ELECTRÓNICO:	**FABIO1417@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3006081515**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 1 36 50**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**17160150734**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2937 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.793.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28**				

LEONARDO FABIO TORRES GALINDO
PS_2937_2026_DB0966

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEONARDO FABIO TORRES GALINDO
CC: 10774157
CEL: 3006081515

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	
LEONARDO FABIO TORRES GALINDO	
CON C.C N°	**10.774.157**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION II 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 2937 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.172.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.172.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.793.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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	1. Se Brindo información a los colaboradores de la subred, sobre las líneas a las cuales deben comunicarse para solicitar el desbloqueo de usuario en el sistema Dinámica Gerencial.
2	2. Se presto apoyo técnico en la configuración del dominio y la asignación de direcciones IP, asegurando loa correcta conectividad a internet de los equipos de cómputo.
3	3. Realizar la instalación y configuración de programas esenciales para la operación de la entidad, entre ellos: Adobe, 7 Zip, PDF 24, Google Chrome, Mozilla Firefox, antro, Microsoft office y VNC
4	4. Realizar el mantenimiento de los equipos de cómputo, incluyendo limpieza interna e instalación del sistema operativo.
5	5. Se realizo configuración y mantenimiento a los equipos de computo Compumax, Lenovo, apoyo a impresoras HP, revisión de teléfonos y líneas.
6	6. Capacitar a los colaboradores en el acceso a los sistemas de información (Dinámica Web, Dinámica Net, Avantage y laboratorio clínico) dejando configurado los accesos a estos sistemas.
7	7. Haciendo uso de las herramientas de la subred, en el mes de febrero se recibió capacitación para el manejo adecuado, de la aplicación TIControl para el tema de inventarios de los equipos de cómputo.
8	8. Instalar y configurar impresoras y escáner para su correcto funcionamiento en los equipos de cómputo.
9	9. Se realizo Inventario de los equipos de computo propios de la subred
10	Se ha dado solución a 178 casos en las unidades de San Blas y Santa clara del día 01/02/2026 al día 24/02/2026

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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 44884480	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	2026/02/11	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/11	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/11	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*LEONARDO FABIO TORRES GALINDO* *PS_2937_2026_DB0966* **LEONARDO FABIO TORRES GALINDO** **CC: 10774157**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JHON ALEXANDER GELVES ARIAS* *PS_2937_2026_DB0966* **JHON ALEXANDER GELVES ARIAS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN* *PS_2937_2026_DB0966* **JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**