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: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**EFREN MORA FONTECHA**			**CC:**	**79386284**
CORREO ELECTRÓNICO:	**EFREN.MORA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3123049232**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 44 B SUR 11 B 09 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480275000**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2947 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.191.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

EFREN MORA FONTECHA
PS_2947_2026_28CF89

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
EFREN MORA FONTECHA
CC: 79386284
CEL: 3123049232

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			
EFREN MORA FONTECHA			
	CON C.C N°	**79.386.284**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III 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 2947 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.764.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.146.960	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.191.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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	- Atención de 100 casos reportados a través de la Mesa de Ayuda
2	- Administración de Office 365 , creación de buzones , creación de históricos , cambio de responsable , cambio de contraseña , cambio de numero de celular para MFA , seguimientos a mensajes.
3	- Verificar Diariamente el estado del Datacenter para garantizar la operación de los Servidores.
4	- Realizar Monitoreo constante a los Servidores de Dinámica WEB y .NET verificando rendimiento de CPU , Memoria y Red.
5	- Revisión de espacio disponible en los Servidores y realizar copia de las carpetas de DIAN y Requerimientos
6	- Realizar copia diaria de los archivos de la Carpeta Desmaterialización desde el Servidor de la DIAN al Servidor de Consulta.
7	- Apoyo a la instalación y configuración del Servidor de Quimberlab para consulta.
8	- Creación y Desbloqueo de usuarios , Eliminación de equipos y cambio de contraseña de usuarios.
9	- Actualización de Papel Tapiz en el Directorio Activo.
10	- Realizar la copia de Orfeo y Depurar espacio en el Servidor , Monitorear funcionamiento.
11	- Enviar copia diaria a Cinta de los archivos comprimidos con el Backup Full de Dinámica y las demás aplicaciones.
12	- Realizar copia Full del System State y del Estado general del Servidor de Dominio Principal 172.16.32.28
13	- Apoyo a la actualización de Dinámica DGH copiando y configurando las carpetas en los maestros.

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 91320620	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	2026/06/24	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/24	$ 280.200

RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/24	$ 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	*EFREN MORA FONTECHA* *PS_2947_2026_28CF89* **EFREN MORA FONTECHA** **CC: 79386284**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN* *PS_2947_2026_28CF89* **JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**