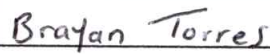
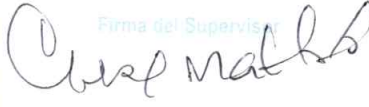


	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		Código FINC3F	Versión 3
	FORMATO CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO A CONTRATISTAS DE PS		Fecha de última revisión 24/02/2023	
DATOS DEL CONTRATISTA			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/11/2023	
Nombres y apellidos :	BRAYAN DAVID TORRES DIAZ		cc	1122413768
Correo electrónico :	brayandtd15@gmail.com		3003378571	
Dirección domicilio:	carrera 30# 14B-68		Ciudad:	Santa Marta
Régimen del IVA:	Simplificado ☒ Común ☐	¿Declarante de renta?	NO	¿Está obligado a facturar? NO
¿Personas a cargo?	1	¿Aporte Voluntario a Fondo de Pensiones?	NO	
¿Ahorro Voluntario a cuentas AFC?	NO		¿Pago de Intereses crédito de Vivienda? NO	
Banco al cual consignar:	BOGOTA	Tipo de cta.:	AHORRO	Nº Cuenta: 548242569
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
Nº del contrato:	CD20234131	Nº RP:	5479	Nº CDP: 1965 Plazo - Duración: 3 meses
¿Adición o prorroga?	NO	Tiempo prorrogado	N/A	Valor Adicionado: N/A
Fecha de Inicio Contrato	12/10/2023	Fecha de Terminación Contrato	31/12/2023	Valor del Contrato: \$5.700.000
Nº CDP (Adición):	N/A	Objeto del Contrato PRESTAR LOS SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO PARA EL AREA DE APOYO TECNOLÓGICO DE LA E.S.E		
Nº RP: (Adición)	N/A			
¿Suspendido?	N/A	Fecha de reinicio	N/A	Nueva Fecha de terminación N/A
Valor Total del Contrato (adición)	N/A		Periodo objeto de Cobro	NOVIEMBRE,2023
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?			1.900.000	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Mes de pagado de seguridad social		OCTUBRE		IBC \$ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 145.000	Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 185.600
Nivel / aporte de riesgo ARL	3	\$ 28.300		
			Total Pago Seguridad Social \$358.900	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ver Informe Anexo				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL			Firma del Contratista  BRAYAN DAVID TORRES DIAZ CC. 1.122.413.768	
1. Cumplí las actividades del objeto contractual descritas en el informe anexo; 2. Toda la información aquí suministrada es verídica; 3. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.				
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Firma del Supervisor  CINDY SALLANY MATTOS FIGUERA C.C. 55.220.303	
1.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.				
2.- Que el contratistas ha realizado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por medio de la planilla adjunta al presente formato, en concordancia con el periodo objeto de la presente certificación y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.				
3.- Que se realizó la verificación en el SECOP de la documentación y se aprueba para pago				

INFORME DE ACTIVIDADES

Código: FNC2F
Fecha de Aprobación: 1/10/2020
Versión: 01

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. **CD20234131** DE FECHA **12/10/2023**
CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
BRAYAN DAVID TORRES DIAZ CON C.C N° **1,122,413,768**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME:

SEGUNDA CUOTA

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

SISTEMAS DE INFORMACION Y TIC

NOMBRE DEL SUPERVISOR

CINDY MATTOS FIGUERA

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

	OBLIGACIONES GENERALES	CUMPLIÓ	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS REALIZADAS EN EL PERÍODO
		SI, NO, PARCIAL, N/A	
1	Instalar, arreglar, remover y mantener equipos de cómputo, componentes o periféricos.	SI	Se instalan o se trasladaron pc de calidad y se dejo red
2	Apoyar la Ejecución del Plan estratégico de sistemas.	SI	Apoyo a la estrategia de mantenimiento correctivo de los equipos informáticos.
3	Brindar soporte a los aplicativos existentes en la administración, que le sean delegados por su Jefe Inmediato, el cual incluye: Capacitación a usuarios finales, seguimiento a los procesos e inconsistencias presentadas.	N/A	
4	Reparar o reemplazar módulos, componentes de equipos, redes	SI	se reemplazaron teclados psiquiatria y se realiza cambio de toner en impresora de consultorio de urgencia.
5	Determinar la causa y localizar daños en los componentes de los computadores	SI	Se verifican conexiones de red y mantenimiento correctivo de portatiles, pc e impresoras
6	Instalar programas computacionales de inicio, reemplazar módulos o repararlos.	SI	Se realiza instalacion de office y demas herramientas en diferentes portatiles que se asignaron como mercadeo y subgenrecia sientifica
7	Instalar o verificar las conexiones entre equipos y módulos componentes .	SI	Se verifican conexiones de red y mantenimiento correctivo de portatiles, pc e impresoras
8	Realizar mantenimiento al Hardware.	N/A	
9	Garantizar el funcionamiento en red de los equipos verificando que la transmisión de los datos sea la adecuada.	SI	Se verifican conexiones de red y mantenimiento correctivo de portatiles, pc e impresoras
10	Hacer backups de la información.	NO	
11	Operar el equipo de computación, terminales e impresoras.	SI	Se realiza operación de los equipos dejandolos listos para su uso
12	Instalar unidades periféricas, mantener y actualizar los programas existentes.	SI	Realice cambio de teclados y mouse
13	Apoyar en la instalación y mantenimientos de la red de datos y voz de la ESE, al igual que en la implementación o ampliación del CCTY.	SI	Se brinda apoyo en la instalacion de puntos de red en diferentes areas
14	Participar en la definición e implementación de mecanismos que permitan un funcionamiento eficiente de las instalaciones de cómputo.	NO	
15	Mantener documentados y actualizados los procesos y procedimientos concernientes con su área	SI	Se realiza seguimiento a los incidentes o fallas reportadas. Se diligenciaron en la mesa de ayudas de la intranet de la ESE, UN TOTAL DE 33 SERVICIOS
16	Realizar la transmisión de la facturación electrónica al proveedor tecnológico, esperar aprobación del mismo y realizar ajustes en el sistema de información de facturación de la ESE frecuentemente para lograr un proceso actualizado en tiempo real.	SI	Se realizo actualizacion de facturacion electronica en citi salud
17	Realizar las anulaciones de factura del medicine office, generando las notas créditos y transmitiéndolas al proveedor tecnológico.	NO	Se realiza anulacion de facturas
18	El servicio del área de Sistemas presta un horario de lunes a viernes de 6:00 am a 6:00 p.m. el cual será distribuido en diferentes turnos de acuerdo a las necesidades del servicio y sujeto a cambios por parte del supervisor. Los fines de semana y festivo se requiere disponibilidad para las eventualidades que se presenten en la ESE.	SI	Se cumple disponibilidad en las instalaciones de la ESE, horarios establecido por el profesional especializado. Cumpro con el horario establecido de lunes a viernes presencial, y fin de de semana de disponibilidad 24 horas.

Nota: Si requiere incluir actividades adicionales relacionadas con el objeto del contrato o más detalle, incluya filas adicionales.

Brayan Torres

FIRMA DEL CONTRATISTA.

C.C.

1,122,413,768



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA:	NOMBRE DE IDENTIFICACION:	112241378	NOMBRE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION OTROS	MES	octubre AÑO
NOMBRE O RAZON SOCIAL:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO	BOGOTA	PERIODO COTIZACION SALUD:	2023	0	2023/10/25
CODIGO MANIPULACION:	02	INDICADOR DE ACTIVIDAD ECONOMICA:	UNICO	FECHA PAGO (aaaa-mm-dd):	2023/10/25	NÚMERO AUTORIZACION:	9995358046
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	ACTIVIDAD ECONOMICA	CONTRIBUYENTE	CONTRIBUYENTE	CONTRIBUYENTE	CONTRIBUYENTE
FORMA DE PRESENTACION:	UNICO	ACTIVIDAD ECONOMICA:	ACTIVIDAD ECONOMICA	CONTRIBUYENTE	CONTRIBUYENTE	CONTRIBUYENTE	CONTRIBUYENTE
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICER (FORMA TRIBUTARIA):	NO	CONTRIBUYENTE	CONTRIBUYENTE	CONTRIBUYENTE	CONTRIBUYENTE	CONTRIBUYENTE	CONTRIBUYENTE

ADMINISTRADORA				ADMINISTRADORA			
CODIGO	230201 - PROTECCION	NOMBRE	BRAYAN DAVID TORRES D	CODIGO	230201 - PROTECCION	NOMBRE	BRAYAN DAVID TORRES D
SUBTOTAL:	1	COTIZACION	\$ 185.600	SUBTOTAL:	1	COTIZACION	\$ 185.600
TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A SALUD			
CODIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	BRAYAN DAVID TORRES D	CODIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	BRAYAN DAVID TORRES D
EFECTIVO	EFECTIVO	EFECTIVO	EFECTIVO	EFECTIVO	EFECTIVO	EFECTIVO	EFECTIVO
SUBTOTAL:	1	COTIZACION	\$ 185.600	SUBTOTAL:	1	COTIZACION	\$ 185.600

ADMINISTRADORA				ADMINISTRADORA			
CODIGO	14-23	POSITIVA	COMPANIA DE SEGUROS S.A.	CODIGO	14-23	POSITIVA	COMPANIA DE SEGUROS S.A.
SUBTOTAL:	1	COTIZACION	\$ 185.600	SUBTOTAL:	1	COTIZACION	\$ 185.600

ADMINISTRADORA				ADMINISTRADORA			
CODIGO	14-23	POSITIVA	COMPANIA DE SEGUROS S.A.	CODIGO	14-23	POSITIVA	COMPANIA DE SEGUROS S.A.
SUBTOTAL:	1	COTIZACION	\$ 185.600	SUBTOTAL:	1	COTIZACION	\$ 185.600

TOTAL \$ 358.900