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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JUAN DARIO FORERO FONSECA**			**CC:**	**1016008369**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JUANDARIS1191@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3026170914**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 40G SUR 72J 40**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**007300741324**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2131 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.222.946**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

JUAN DARIO FORERO FONSECA
PS_2131_2025_832C17

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUAN DARIO FORERO FONSECA
CC: 1016008369
CEL: 3026170914

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			
JUAN DARIO FORERO FONSECA			
	CON C.C N°	**1.016.008.369**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2131 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.898.298	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.222.946
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA		

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	OBLIGACION 1: realizar cruces entre las diferentes fuentes de información en salud 1.1 se realizan cruces entre los diferentes reportes de dinámica y las herramientas de monitoreo de infancia y adolescencia con la cuales se generan indicadores 1.2 Se realiza entrega de las herramientas de monitoreo por correo electrónico lidercohorte2@subredcentrooriente.gov.co en las fechas establecidas según plan de trabajo.
2	OBLIGACION 2: diseñar y generar bases de datos para cada una de las cohortes del riesgo 2.1 Se genera la base de SSR las bases por sede para seguimiento de metas por cada una de las sedes pertenecientes a la subred 2.2 Se realiza entrega de la base de SSR vía correo electrónicolidercohorte2@subredcentrooriente.gov.co dentro de las fechas establecidas.
3	OBLIGACION 3: entregar semanalmente a cada cohorte, la información referenciada de laboratorio clínico, dinámica gerencial, entre otros aplicativos que se requieran para la generación y consolidación de informes. 3.1 Se realizan la descarga de los reportes de dinámica diferencial y el reporte de laboratorios clínicos con el fin de alimentar las herramientas de monitoreo de infancia y adolescencia para el seguimiento mensual de los usuarios de los momentos de vida de 6 a 11 años y 12 a 17 años 3.2 Se realiza entrega de las herramientas de monitoreo por correo electrónico lidercohorte2@subredcentrooriente.gov.co en las fechas establecidas según plan de trabajo.
4	OBLIGACION 4: Realizar los apoyos necesarios y acordes a su objeto contractual en el desarrollo de las actividades de la dirección de gestión integral del riesgo en salud de la subred centro oriente 4.1 Se realiza apoyo a los requerimientos de información por parte de las EAPB a as cohorte 4.2 Se realiza entrega de las solicitudes vía correo lidercohorte2@subredcentrooriente.gov.co de acuerdo a la fecha de solicitud
5	OBLIGACION 5: realizar apoyo en la generación y consolidación de indicadores de riesgo necesarios para el reporte mensual, semestral y anual. 5.1 Se realiza apoyo para la generación del tablero de indicadores de infancia adolescencia salud sexual y reproductiva 5.2 Se entrega evidencia del producto al correo electrónico lidercohorte2@subredcentrooriente.gov.co
6	OBLIGACION 6: Realizar apoyo al proceso de canalización en cada proceso o cohorte del riesgo en donde realice sus obligaciones. 6.1 Se realiza cierre de canalizaciones diarias 6.2 Se realiza entrega de la base de canalizaciones cerradas con soporte de pantallazos de las mismas al correo canalizaciones@subredcentrooriente.gov.co
7	OBLIGACION 7: Apoyar en la digitación de los diferentes procesos bajo la supervisión de la dirección de gestión integral del riesgo. 7.1 Se apoya en la digitación de la información de las cohortes de infancia adolescencia SSR reportes de cáncer 7.2 Se realiza entrega de los productos al correo lidercohorte2@subredcentrooriente.gov.co lidercohorte5@subredcentrooriente.gov.co.
8	OBLIGACION 8: Realizar la gestión documental de cada actividad realizada durante el mes y entregar el soporte al líder del proceso, la actividad deberá ser realizada de manera mensual. 8.1 Se organizan los insumos para trabajar las bases de manera mensual., las bases entregadas 8.2 Como evidencia se suben al drive correo electrónico hermmientasdemonitoreo@gmail.com una ves se tiene la versión final de las mismas.
9	OBLIGACION 9: radicar en gestión documental los soportes obtenidos durante la ejecución del contrato de acuerdo a las especificaciones de archivo y con los criterios de la tabla de retención documental, al finalizar la ejecución del contrato no se deberá contar con archivo pendiente para almacenamiento. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 9.1 Se apoya en la realización de gestión documental de área cuando esta lo requiere 9.2 Se generan actas en el formato de la institución cuando se presta el apoyo.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 91961535	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/18	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/18	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/18	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*JUAN DARIO FORERO FONSECA* *PS_2131_2025_832C17* **JUAN DARIO FORERO FONSECA** **CC: 1016008369**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_2131_2025_832C17* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**