

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOHN FREDY QUINTERO MENDEZ			CC:	79469309
CORREO ELECTRÓNICO:	JOFEQUIN@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3123044096
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 72H BIS 42F SUR 12			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004270106216
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4495 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 8.850.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 JOHN FREDY QUINTERO MENDEZ PS_4495_2025_34502B NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOHN FREDY QUINTERO MENDEZ CC: 79469309 CEL: 3123044096					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JOHN FREDY QUINTERO MENDEZ

CON C.C N°

79.469.309

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO DE SISTEMAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACI/ON TIC/S DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4495 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/02/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 17.110.000	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 105.610.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.850.000
--	----------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) 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	Se Lideraron, de acuerdo a las instrucciones recibidas por la Alta Dirección, el proceso de aplicativos de la Subred Centro Oriente E.S.E.
2	Se apoyaron con la coordinación de los diferentes planes de trabajo con los contratistas que desarrollan actividades en el subproceso de gestión informática.
3	Realizaron el reparto mediante planes de trabajo de las actuaciones administrativas que se adelantaro por parte de la Oficina de sistemas de información de manera concertada con el supervisor.
4	Se Planificaron , orientaron, analizaron y ejecutaron las distintas actividades conducentes al mejoramiento de los sistemas de información de la entidad.
5	Se Participó en la formulación y ejecución de proyectos relacionados con los Sistemas de Información de la Subred.
6	Se Participó en la elaboración e implantación de Políticas de seguridad de la información. administraron en el proceso de parametrización y actualización de las versiones de los Sistemas de Información
7	Se controlo la generación de reportes de los sistemas de Información de la Subred.
8	se participó en las actividades de mejoramiento continuo, en especial de las relacionadas con el Estándar de gerencia de la información.
9	se acompañaron los procesos de capacitación de los sistemas de información de la subred
10	Se elaboraron y ajustaron los diseños de los formatos clínicos institucionales, implementados en el sistema de Información de acuerdo a las solicitudes realizadas y las definiciones técnicas de los procesos.
11	Se administro el soporte a los usuarios de los módulos Asistenciales y Administrativos de los sistemas de Información de la Subred.
12	Realizo el seguimiento a los procesos de estabilización de cada uno de los módulos y en el buen funcionamiento integral de los sistemas de Información.
13	Se elaboraron y validaron los informes requeridos por el Supervisor del contrato.
14	Se Participó y documento en las reuniones que se me asignaron

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° 91596685		OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		COMPENSAR	2025/12/15	\$ 445.900
PENSIÓN:		PORVENIR	2025/12/15	\$ 570.700
RIESGOS LABORALES:		SURA	2025/12/15	\$ 87.000
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 1.103.600

- 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	 JOHN FREDY QUINTERO MENDEZ PS_4495_2025_34502B JOHN FREDY QUINTERO MENDEZ CC: 79469309
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN PS_4495_2025_34502B JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79469309	JOHN FREDY QUINTERO MENDEZ		Carrera 72 H BIs 42 f Sur 12 Int 4 Apto 601	6017614120	jofequin@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
						1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	30/12/2025	92493553	\$1.095.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	442.500	0		0		0	0	0	442.500	1	

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	566.400	0	0	0	0	0	0		566.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	86.300				86.300	0	0	86.300			863	86.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	442.500	442.500
Pensión	1	566.400	566.400
Riesgos Laborales	1	86.300	86.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.095.200	1.095.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79469309	JOHN FREDY QUINTERO MENDEZ		Carrera 72 H Bis 42 f Sur 12 Int 4 Apto 601	6017614120	jofequin@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	30/12/2025	92493553	\$1.095.200
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Colom. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	79469309	QUINTERO MENDEZ JOHN FREDY	59	0			N																		230301	3.540.000	\$66.400	0	0	0	0	EPS008	3.540.000	442.500	14-11	3.540.000	3	86.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA