

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)					
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 2938 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 8.850.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31				
 JOHN FREDY QUINTERO MENDEZ PS_2938_2026_FB41FE 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 COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE SISTEMAS DE LA INFORMACION TIC DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2938 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 35.400.000	No. HORAS EJECUTADAS	0	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 35.400.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.850.000	
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	Se Desarrollaron las actividades que se generaron directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de esta actividades			
2	2. Se cumplieron las instrucciones del supervisor del contrato.			
3	Se garantiza la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica).			
4	Se cumplieron con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social.			
5	Se Realizaron las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED respecto al proceso de acreditación, habilitación y certificación en Sistema de Gestión de Calidad			
6	se ejecutaron oportunamente las obligaciones contractuales en concordancia con los planes que formulo la Entidad en especial el Plan Operativo Anual y el Plan de Gestión de la Gerencia.			
7	se prepararon y presentaron los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.			
8	se asistio y se aprobaron los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por las entidades autorizadas, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales			
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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 53323107	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2026/03/16	\$ 446.000	
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/03/16	\$ 570.800	

RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/03/16	\$ 87.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.103.800
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	JOHN FREDY QUINTERO MENDEZ PS_2938_2026_FB41FE 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_2938_2026_FB41FE JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN SUPERVISOR DEL CONTRATO		