

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

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

N° DEL CONTRATO:	PS 3072 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.793.100
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



JUAN DARIO FORERO FONSECA
PS_3072_2026_5A0CAA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JUAN DARIO FORERO FONSECA

CC: 1016008369

CEL: 3026170914

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 II 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 3072 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.172.400	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.172.400	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.793.100
-----------------------------------------------------	---------------	--------------------------------------------------	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
------------------------------------------------	--------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
------------------------------------------------------	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
-------------------------------	---------------------------------

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 electrónico lidercohorte2@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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	Nº 79989890	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/29	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/29	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/29	\$ 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	 <u>JUAN DARIO FORERO FONSECA</u> PS_3072_2026_5A0CAA JUAN DARIO FORERO FONSECA CC: 1016008369
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <u>JULY ANDREA NÚÑEZ MONGUÍ</u> PS_3072_2026_5A0CAA JULY ANDREA NÚÑEZ MONGUÍ SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <u>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA</u> PS_3072_2026_5A0CAA LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016008369	JUAN DARIO FORERO FONSECA		DG 40 G SUR NO 72 J 40 CS C 1 BR TIMIZA	3026170914	juandaris1191@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79989890	29/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$556.600	

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	218.900	0		0		0	10	1.600	0	220.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	10	2.100	0	282.300	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	42.700				42.700	10	400	43.100			427	43.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.600	10	100	10.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	10	0	0	0
ICBF				
0	10	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	218.900	220.500
Pensión	1	280.200	282.300
Riesgos Laborales	1	42.700	43.100
CCF	1	10.600	10.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	552.400	556.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016008369	JUAN DARIO FORERO FONSECA		DG 40 G SUR NO 72 J 40 CS C 1 BR TIMIZA	3026170914	juandaris1191@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79989890	29/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$556.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonemado	ING	RET	TDE	TPE	TAP	SP	SP	SEN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1016008369	FORERO FONSECA JUAN DARIO		59	0			N																230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-7	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	10.600	0	0	0	0	0

PAGADA



Bienvenido(a), JUAN FORERO FONSECA
Jueves 28 de Mayo de 2026, 08:57 PM
Código único CUS: 344556190

Destino de pago

COMPENSAR-OI

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Número de Aprobación

00556190

Fecha

28/05/2026

Dirección IP

179.19.105.14

Valor transacción

\$556.600,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

179.19.105.14

Referencia 2

CC

Referencia 3

1016008369

Esta transacción estará sujeta a verificación

Terminar

Guardar PDF



Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATOEjecución del Contrato Porcentaje Recepción de artículosPlan de Pagos¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	PS 3072 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 3072 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 3072 2026 CRP -9708.pdf	1 PS 3072 2026 CRP -9708.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 3072 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 3072 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3072 2026 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3072 2026 8-5-26.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 3072 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 3072 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >