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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JHOSED ALFREDO PACANCHIQUE NARVAEZ**			**CC:**	**1000728012**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JHOSEDNARVAEZ@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3219094973**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 49A 59A 24 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**56727532965**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1083 2025**	**N° CDP:**	**2518**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 1.921.566**					

JHOSED ALFREDO PACANCHIQUE NARVAEZ
PS_1083_2025_427D40

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JHOSED ALFREDO PACANCHIQUE NARVAEZ
CC: 1000728012
CEL: 3219094973

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			
JHOSED ALFREDO PACANCHIQUE NARVAEZ			
	CON C.C N°	**1.000.728.012**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1083 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.091.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.025.692	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.921.566
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO		

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	ENTREGA Y VALIDACION DE BIOLOGICO 7 PM DEVOLUCION DE BIOLOGICO CON VERIFICACION DE CADENA DE FRIO DE 4 A 5 PM VALIDAR USUARIOS, ACTUALIZAR DATOS Y VERIFICAR VACUNAS A COLOCAR VACUNACION USUARIOS SEGÚN PROTOCOLOS DE VACUNACION JORNADAS DE VACUNACION EN CONCENTRACION APOYO CUANDO SE REQUIERA REEMPLAZOS IPS INTRAMURALES DILIGENCIAMIENTO PAPELERIA SIS NIÑOS Y ADULTOS COMITÉ PAI MENSUAL
2	Dar buen uso a los elementos de proteccion personal, garantizando las medidas de bioseguridad establecidas en los protocolos, lineamientos y manuales de vacunacion COVID 19 Y esquemas de vacuna regular evidencia Formato de elementos de proteccion personal y uso de los mismos
3	Alistamiento de insumos, elementos y condiciones necesarias para la ejecución del proceso de vacunación en la unidad. evidencia Producto en punto, actas y listado de asistencia
4	Educación y orientación al paciente sobre el proceso de vacunación, biológico a administrar, reacciones adversas, sintomas comunes y cuidados posvacunales. evidencia Educacion y orientacion al paciente, consentimiento informado diligenciado y firmado
5	Aplicación de biológico, siguiendo los lineamientos, protocolos y manual de vacunación. evidencia Vacunación segura- actas y listado de asistencia
6	Promover el tiempo de espera como mecanismo de identificación de posibles eventos adversos posvacunales. evidencia Observación, entrega de carné, promoción del tiempo de espera y educación al usuario en sala de espera
7	Controlar temperatura de termos y cava mediante registro con termometro infrarrojo avisando cualquier anormalidad al supervisor. evidencia Formatos de control de temperatura
8	Registrar el movimiento del biólogico asignado se hace manejo desde el momento que se despacha en la mañana y cuando se recibe en la tarde para asi minimizando el riesgo de perdida y errores programáticos.dentro de la unidad y haciendo carge por parte de la unidad de cadena de frio para reportar el biologico aplicado evidencia Formatos de movimiento de biológico y kardex, acta y listado de asistencia
9	Realiza lavado de termos, paquetes refrigerantes y cava, garantizando la desinfeccion antes y despues de la jornada evidencia Formato de limpieza y desinfeccion de elementos- acta y listado de asistencia.
10	Verificar antecedentes posvacunales,verificar vacunas que ya tengan aplicadas se hace desde los aplicativos identificar y notificar a supervisor de punto. Y a la persona que este vacunando.para llevar a cabo como funcion cuando se realizan los informes de los biologicos mes a mes. evidencia Ficha INS 298, acta de jornada y notification.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1074041953	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/08/22	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/08/22	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/08/22	$ 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	*JHOSED ALFREDO PACANCHIQUE NARVAEZ* *PS_1083_2025_427D40* **JHOSED ALFREDO PACANCHIQUE NARVAEZ** **CC: 1000728012**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_1083_2025_427D40* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-22, 02:09:45 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074041953

Periodo Cotización: julio de 2025 **Periodo Servicio:** julio de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8810486504

PAGADO 22/08/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JHOSED ALFREDO PACANCHIQUE NARVAEZ		
Documento	CC1000728012	**Dirección**	CL 68F SUR #50 A - 68 TORRE 10 APTO 433
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3219094973
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000728012	JHOSED ALFREDO PACANCHIQUE NARVAEZ	57	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 8.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 449.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 8.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 449.100	$ 5.000	$ 454.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.