

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JEAN CARLOS PAVA FERRUCHO			CC:	1033798527
CORREO ELECTRÓNICO:	JEANPAVF@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3108002793
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 49B 2F 10 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488432991153
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5789 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.921.566	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/17	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 JEAN CARLOS PAVA FERRUCHO PS_5789_2025_B2FB16 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEAN CARLOS PAVA FERRUCHO CC: 1033798527 CEL: 3108002793					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 JEAN CARLOS PAVA FERRUCHO

CON C.C N° 1.033.798.527

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 7755548 DE 2025 PROGRAMA RUTA DE LA SALUD PARA LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5789 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/17
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	2.818.297	No. HORAS EJECUTADAS	186
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	10.351.662	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.921.566
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES			

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ

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	Para el mes de se realiza proceso de sensibilización con la entrega de 44 formatos, orientación, registro y aplicación de encuestas, durante los traslados a las diferentes USS de la Subred de acuerdo con las indicaciones y compromisos establecidos con la coordinación del programa
2	Para el mes de octubre se confirman los datos y documentación de los usuarios antes de realizar el traslado de una Unidad de Servicios de Salud a otra, verificando si cumplen con los criterios de uso del programa registrando y consolidando diariamente el informe en las planillas de traslados
3	Para el mes de octubre se aplican las guías de manejo institucional, protocolo de desinfección, manual de bioseguridad durante la operación de la ruta de la salud.
4	Para el mes de octubre se recoge a los usuarios en las unidades de servicios de salud de la subred y lugares asignados, apoyando en el ascenso y descenso del vehículo a los usuarios con limitación de movilidad física mediante ayudas técnicas (ramplas).
5	Para el mes de octubre cumplir con los planes, digitación y demás actividades acorde a la operación del programa Ruta de la Salud, desde los diferentes Centros de Salud y Hospitales de la Subred.
6	Para el mes de octubre se atiende a la población beneficiaria que hace uso del servicio ruta de la salud, en caso de presentarse alguna anomalía que requiera atención de primer respondiente en su de auxiliar de enfermería
7	Para el mes de octubre se asiste a las reuniones programadas con la jefatura de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, coordinación del programa Ruta de la Salud de Subred Oriente, y demás a las que sean citadas
8	Para el mes de octubre se reporta las novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten durante el traslado de la población objeto en el programa Ruta de la Salud
9	Para el mes de octubre se viste adecuadamente los elementos de identificación suministrados y portar el carnet institucional, así mismo responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular corporativo)
10	Para el mes de octubre 2025 se desarrollan las actividades para el fortalecimiento de la organización y operación del programa ruta de la salud, entre redes integradas de servicios de salud en el marco del convenio interadministrativo entre el FFDS y la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
11	Para el mes de octubre 2025 las demás actividades que designe el supervisor del contrato en el marco del convenio interadministrativo 7755548 de 2025 Programa Ruta de la Salud, en cuanto a la asistencia a fortalecimientos institucionales, entre otros.

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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-10-01) AL (2025-10-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1075853452	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/10/20	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/20	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/20	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 405.800
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 ningún 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	 JEAN CARLOS PAVA FERRUCHO PS_5789_2025_B2FB16 JEAN CARLOS PAVA FERRUCHO CC: 1033798527		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS PS_5789_2025_B2FB16 LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ PS_5789_2025_B2FB16 SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 [Información general](#)

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 [Condiciones](#)

VER CONTRATO

3 [Bienes y servicios](#)

Ejecución del Contrato

4 [Documentos del Proveedor](#)

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 [Documentos del contrato](#)

Plan de Pagos

6 [Información presupuestal](#)

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Si ☒ No

7 **Ejecución del Contrato**

8 [Modificaciones del Contrato](#)

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 [Incumplimientos](#)

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 5789 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf	PS 5789 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5789 2025 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf	PS 5789 2025 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5789 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	PS 5789 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 5789 2025 CRP-17517.pdf	1 PS 5789 2025 CRP-17517.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 5789 2025 CRP-22617.pdf	2 PS 5789 2025 CRP-22617.pdf	Comprador	Descargar	Detalle



PS 5789 2025 CUENTA DE COBRO
SEPTIEMBRE.pdf

PS 5789 2025 CUENTA DE COBRO
SEPTIEMBRE.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)

Borrar

Cargar nuevo



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte2025-10-20, 02:18:20 PMTipo PlanillaINúmero Planilla1075853452Referencia pago(PIN)8823301734

Periodo Cotización202509Periodo Servicio202509

Cliente:

PAGADA 2025-10-20 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JEAN CARLOS PAVA FERRUCHO						
Documento	CC 1033798527			Dirección	CL 49 #3 - 12 ESTE		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3108002793		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1033798527		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	03	00					PAVA FERRUCHO JEAN CARLOS	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales								
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
														0	30	30	0	0				\$ 1.423.500	25-14	16 %	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	EPS037		12,5 %	\$ 1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	NIN-AR		0,000 %	\$ 0	\$ 0	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A.	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

