

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS GABRIEL GARZON LUNA			CC:	1072960958
CORREO ELECTRÓNICO:	LUCHOGARZON0714@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3134960080
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 28 A 1 D 19			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	002170080044
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1155 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 5.326.560	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 LUIS GABRIEL GARZON LUNA PS_1155_2025_0A9CA5 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUIS GABRIEL GARZON LUNA CC: 1072960958 CEL: 3134960080					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 LUIS GABRIEL GARZON LUNA

CON C.C N° 1.072.960.958

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1155 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 21.306.240	No. HORAS EJECUTADAS	270
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 58.592.160	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.326.560
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA
---	-----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
------------------------	--------------------------------

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	RESPONDE TECNICA Y OPERATIVAMENTE POR EL SERVICIO DE VACUNACION AL CUAL ESTA ASIGNADO
2	. EVALUAR Y PROPONER ESTRATEGIAS PARA GARANTIZAR EL 100% DE LA VACUNACION.
3	REALIZAR EL CRONOGRAMA DE TRABAJO -CUADRO DE TURNO- PARA EL SERVICIO DE VACUNACION Y REPORTARLO AL SUPERIOR INMEDIATO PARA SU VALIDACION.
4	PARTICIPAR DE LA PLANEACION, DESARROLLO, SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACION DEL PLAN DE ACCION DE VACUNACION
5	UTILIZAR LAS MEDIDAS Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y VERIFICAR QUE TODO EL EQUIPO VACUNADOR CUMPLA CON LAS MEDIDAS HIGIENICO-SANITARIAS.
6	REALIZAR LA SUPERVISION DEL VACUNADOR, DIGITADOR Y ANOTADOR FRENTE AL RENDIMIENTO Y EL CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA DE VACUNACION SEGURA, ASI COMO EL MONITOREO DEL LOGRO DE LA PRODUCTIVIDAD DIA POR ESTRATEGIA.
7	. REALIZAR SEGUIMIENTO DIARIO AL MOVIMIENTO DE BIOLOGICO POR EQUIPO VACUNADOR (DOSIS APLICADAS, PERDIDAS REPORTADAS)
8	SUPERVISAR LA REALIZACION DE LA DEMANDA ADUCIDA A LOS USUARIOS/AS OBJETO DE VACUNACION.
9	GESTIONAR CON EL LIDER DEL CENTRO DE ATENCION, LA SUFICIENCIA DE INSUMOS PARA EL DESARROLLO DE LA VACUNACION
10	VERIFICAR EL PROCESO DE ALISTAMIENTO, EMPAQUE Y SUFICIENCIA DE INSUMOS ANTES DE INICIAR LA VACUNACION.
11	REALIZAR CONTROL Y VERIFICACION DE LAS TEMPERATURAS DE LOS BIOLOGICOS SEGUN TIPO DE FABRICANTE Y REPORTAR CUALQUIER EXCLUSION DE CADENA DE FRIO QUE SE PRESENTE.
12	COORDINAR CON EL EQUIPO VACUNADOR, EL DESARROLLO DE LA RUTA DE VACUNACION SEGUN LA TACTICA Y ESTRATEGIA ESTABLECIDA EN EL PUNTO DE VACUNACION.
13	MANTENER ACTUALIZADO Y ACTIVO EL PLAN DE CONTINGENCIA DE RED DE FRIO (CADENA DE LLAMADAS, SUPERVISION DEL REGISTRO DE LAS CIFRAS DE TEMPERATURA DE LOS CONGELADORES, ETC.)
14	CONSOLIDAR Y ELABORAR EL INFORME MENSUAL DEL NUMERO DE PERSONAS VACUNADAS Y ESQUEMAS COMPLETOS Y COORDINAR CON EL AREA DE VIGILANCIA EL REPORTE DE ESAVI.
15	MANTENER ACTUALIZADO Y ACTIVO EL PLAN DE CONTINGENCIA DE RED DE FRIO (CADENA DE LLAMADAS, SUPERVISION DEL REGISTRO DE LAS CIFRAS DE TEMPERATURA DE LOS CONGELADORES,
16	EVALUAR EL AVANCE DE LA META DE VACUNACION Y PROPONER ESTRATEGIAS PARA ALCANZAR LA COBERTURA DE VACUNACION.
17	APOYAR LA GESTION Y CONSOLIDACION DE LA INFORMACION SOBRE POBLACION ATENDIDA O ASIGNADA A LA SUBRED, EN RELACION CON LAS COBERTURAS DE VACUNACION, COMO INSUMO DE ELABORACION DE REPORTES NORMATIVOS Y DE GESTION INSTITUCIONAL
18	ACTIVAR EL PROTOCOLO DE URGENCIAS EN CASO DE PRESENTARSE UNA EVENTUALIDAD
19	COORDINAR LA DEBIDA GESTION DOCUMENTAL Y CUSTODIA DE LOS SOPORTES DE LA VACUNACION (REGISTRO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO).
20	. EVALUAR EL INGRESO DE LOS DATOS AL PAIWEB Y REPORTAR CUALQUIER ANOMALIA AL RESPECTO.

21	. VERIFICAR LA CALIDAD DEL DATO DE LA INFORMACION EN LOS REGISTROS INGRESADOS EN EL PAIWEB EN CONJUNTO CON EL DIGITADOR
22	. PARTICIPAR EN LAS REUNIONES DE ACTUALIZACION Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA CONVOCATORIA POR PARTE DE LA ENTIDAD.
23	. REALIZAR LOS APOYOS NECESARIOS Y ACORDES A SU OBJETO CONTRACTUAL EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.
24	ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PARA EL RECONOCIMIENTO CONTRACTUAL DE CADA UNO DE LOS COLABORADORES BAJO SU COMPETENCIA.
25	. APOYAR LA RADICACION DE LAS CUENTAS DE COBRO DEL PAGO MENSUAL DE PERSONAL ASISTENCIAL (OPS)
26	. INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE SE PRESENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES.,
27	. LAS DEMAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR; DE ACUERDO CON EL NIVEL, NATURALEZA Y AREA DE DESEMPEÑO DEL CONTRATO.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1077202070	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/12	\$ 266.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	\$ 340.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	\$ 52.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 659.300

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	 LUIS GABRIEL GARZON LUNA PS_1155_2025_0A9CA5 LUIS GABRIEL GARZON LUNA CC: 1072960958
--------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_1155_2025_0A9CA5

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
SUPERVISOR DEL CONTRATO



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-11-12, 06:26:11 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2025
Empresa	LUIS GABRIEL GARZON LUNA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1072960958
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1077202070
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1922729396
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 659.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 340.900	\$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 266.400	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 52.000	\$ 0
			SubTotales:	\$ 659.300	\$ 0
			Total a Pagar:		\$ 659.300

