

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

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

N° DEL CONTRATO:	PS 2026 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.783.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



JHOSED ALFREDO PACANCHIQUE NARVAEZ
PS_2026_2026_08440E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JHOSED ALFREDO PACANCHIQUE NARVAEZ

CC: 1000728012

CEL: 3219094973

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 COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 2026 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.411.600	No. HORAS EJECUTADAS	220
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.915.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.783.000
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES
--	-----------------

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

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

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	UTILIZAR LAS MEDIDAS Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
2	REALIZAR EL ALISTAMIENTO DE LOS BIOLOGICOS, INSUMOS Y ELEMENTOS, PARA EL PROCESO DE VACUNACION DIARIA
3	EXPLICAR EL PROCESO DE APLICACION DEL BIOLOGICO AL USUARIO Y DAR RECOMENDACIONES EN LOS CUIDADOS POST VACUNALES
4	REALIZAR LA APLICACION DEL BIOLOGICO CUMPLIENDO LOS LINEAMIENTOS DE VACUNACION SEGURA
5	REITERAR AL USUARIO SU PERMANENCIA EN LA SALA DE ESPERA EL TIEMPO QUE SE LE INDIQUE SEGUN EL BIOLOGICO.
6	REALIZAR MONITOREO DE TEMPERATURA DE LOS BIOLOGICOS
7	MANTENER EL MOVIMIENTO DE BIOLOGICO ACTUALIZADO
8	CUMPLIR CON EL CRONOGRAMA DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LAS NEVERAS, TERMOS, CAVAS ENTRE OTROS
9	EN LA SEGUNDA DOSIS DE VACUNA (SI APLICA), INDAGAR AL USUARIO SI PRESENTO ALGUN ESAVI. SI CUMPLE CON CRITERIOS DE ESAVI-GRAVE NOTIFICAR SEGUN EL PROTOCOLO NACIONAL DE ESAVI-298 DEL INS.

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:	N° 1081265143	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/05/15	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/15	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/15	\$ 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



JHOSED ALFREDO PACANCHIQUE NARVAEZ

PS_2026_2026_08440E

JHOSED ALFREDO PACANCHIQUE NARVAEZ

CC: 1000728012

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



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_2026_2026_08440E

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

