

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
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:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				



JHOSED ALFREDO PACANCHIQUE NARVAEZ
PS_2026_2026_4F1122

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:	\$ 16.698.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.783.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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	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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1082718489	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/07/17	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/07/17	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/07/17	\$ 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	<div><div>JHOSED ALFREDO PACANCHIQUE NARVAEZ</div><div>PS_2026_2026_4F1122</div></div> <div>JHOSED ALFREDO PACANCHIQUE NARVAEZ</div> <div>CC: 1000728012</div>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA</div><div>PS_2026_2026_4F1122</div></div> <div>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>	

Fecha creación reporte: 2026-07-17, 01:12:42 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1082718489

Periodo Cotización:

junio de 2026

Periodo Servicio:

junio de 2026

Referencia pago (PIN): 8810486504

PAGADO 17/07/2026

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	TAP	TAP	VSP	VST	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	ICP	RET	Dias AP	Dias AP	Dias AP	Dias AP	Dias 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	30	(230201) PROTECCION	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	\$ 1.750.905	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 552.400	

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
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 552.400	\$ 5.900	\$ 558.300