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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JOHN WILMAR ESCUDERO HENAO**			**CC:**	**79649455**
CORREO ELECTRÓNICO:	**johnescudero9540@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3103274443**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 1B 1D 32**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0570356070303348**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3478 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 798.710**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/03/11**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/09/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/09**				

JOHN WILMAR ESCUDERO HENAO
PS_3478_2026_BD85BB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JOHN WILMAR ESCUDERO HENAO
CC: 79649455
CEL: 3103274443

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			
JOHN WILMAR ESCUDERO HENAO			
	CON C.C N°	**79.649.455**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO CONDUCTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3478 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/03/11**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.214.529	**No. HORAS EJECUTADAS**	**55**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.902.721	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 798.710
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE		

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	Obligación 1: Transportar a diferentes domicilios dentro de las seis localidades que conforman la Subred a las auxiliares de enfermería que realiza la vacunación en la estrategia de seguimiento a cohortes. 1.1 Actividades desarrolladas: Realizar seguimientos dentro de las seis localidades establecidas por la SUBRED CENTRO ORIENTE y transportando a las auxiliares de enfermería para realizar la estrategia de vacunación domiciliaria acorde a los parámetros establecidos por el jefe inmediato. 1.2 Productos (evidencias): Fichas de seguimiento a la cohorte
2	Obligación 2: Garantizar que la moto cuente con maletero o alforjas para el transporte de los insumos requeridos para la estrategia de vacunación. 2.1 Actividades desarrolladas: Al momento de realizar la estrategia de vacunación el vehículo (motocicleta) cuenta con los elementos apropiados para el transporte de los insumos 2.2 Productos (evidencias): Formato de inspección pre operacional para motocicletas
3	Obligación 3: Llevar a cabo eficaz y oportunamente las órdenes impartidas por la coordinación del programa de vacunación para el buen funcionamiento de la estrategia. 3.1 Actividades desarrolladas: Se realiza la orden y función asignada diariamente por el jefe inmediato, para desarrollar las actividades de vacunación diaria 3.2 Productos (evidencias): Formato de inspección pre operacional para motocicletas
4	Obligación 4: Apoyar en las diferentes actividades de transporte requeridas en la estrategia de seguimiento a cohortes de vacunación 4.1 Actividades desarrolladas: Realizar y ejecutar todas las actividades de transporte para la ejecución apropiada de vacunación de acuerdo al seguimiento de la cohorte 4.2 Productos (evidencias): Fichas de seguimiento a la cohorte
5	Obligación 5: El contratista deberá manifestar mediante escrito la propiedad del vehículo (moto) y/o la autorización del propietario para desarrollar las obligaciones contraídas en el transporte de las auxiliares de enfermería del programa ampliado de inmunizaciones. 5.1 Actividades desarrolladas: Se cumple y manifiesta en totalidad con la documentación requerida para realizar las funciones y obligaciones contraídas en el transporte, para el programa ampliado de inmunizaciones (PAI) 5.2 Productos (evidencias): Tarjeta de propiedad y licencia de conducción
6	Obligación 6: Deberá disponer de los documentos completos en regla (certificado médico para conducir. licencia, documentos de propiedad de la moto, certificado de gases. SOAT._1C) 6.1 Actividades desarrolladas: Se cumple con la documentación del vehículo y del propietario de acuerdo a la normatividad vigente del código nacional de tránsito y transporte Ley 769 de 2007, establece en el artículo 34 6.2 Productos (evidencias): certificado médico para conducir. Licencia, documentos de propiedad de la moto, revisión técnico mecánica. SOAT._1C
7	Obligación 7:Deberá contar con los implementos de seguridad y protección como casco y chaleco reflectivo (para él y el copiloto), rodilleras y canilleras, de acuerdo a la norma 7.1 Actividades desarrolladas: Al momento de realizar las actividades diarias se cuenta con los elementos de protección personal (EPP) para el equipo de trabajo teniendo cuenta la normatividad vigente resolución 1737 de 2004 - NTC 4533 7.2 Productos (evidencias): casco y chaleco refractivo (para él y el copiloto), rodilleras y canilleras
8	Obligación 8: El contratista es responsable del mantenimiento de la moto y el combustible de la misma 8.1 Actividades desarrolladas: El propietario o trabajador se compromete y es responsable del mantenimiento del vehículo como los son combustible y demás gastos que requiera la motocicleta 8.2 Productos (evidencias): Soporte de mantenimiento
9	Obligación 9:Asistir a las reuniones programadas para el equipo del Programa ampliado de Inmunización por la coordinadora del mismo 9.1 Actividades desarrolladas: Cumplir y asistir a las actividades programadas por la coordinación del programa ampliado de inmunizaciones (PAI), siendo parte integral del presente contrato 9.2 Productos (evidencias): Actas de reuniones
10	Obligación 10:El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual 10.1 Actividades desarrolladas: Cumplir con las obligaciones contractuales con oportunidad y calidad. 10.2 Productos (evidencias): Cuadro de actividades

11	Obligación 11: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato 11.1 Actividades desarrolladas: Desarrollar actividades según necesidad de la Subred, en cualquiera de los espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC 11.2 Productos (evidencias): Formato de inspección pre operacional para motocicletas diario.

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 (2026-08-01) AL (2026-08-09)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1083622320	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/08/11	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/08/11	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/11	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 499.100

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	*JOHN WILMAR ESCUDERO HENAO* *PS_3478_2026_BD85BB* **JOHN WILMAR ESCUDERO HENAO** **CC: 79649455**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ* *PS_3478_2026_BD85BB* **LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE* *PS_3478_2026_BD85BB* **LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-12, 04:36:44 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083622320

Periodo Cotización: julio de 2026 **Periodo Servicio:** julio de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824059671

PAGADO 11/08/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOHN WILMAR ESCUDERO HENAO		
Documento	CC79649455	**Dirección**	CR 1BIS #1 D - 32
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3103274443
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

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 79649455	JOHN WILMAR ESCUDERO HENAO	03	00																	0	30	30	0	0	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 499.100

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
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 499.100	$ 0	$ 499.100

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.

¡Hola, John wilmar escudero henao !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 499.100,00
Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S
Descripción: Pago PSE. Ref:8824059671-202607-2091000. idTrans:2091000
Fecha de la transacción: 11/08/2026
CUS: 559489611

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial
@ACHColombia_
ACHColombiaOficial
ACH Colombia Oficial

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 3478 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026 (1).pdf	PS 3478 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3478 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 3478 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3478 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 3478 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 3478 2026 CRP -12747.PDF	1 PS 3478 2026 CRP -12747.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3478 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 3478 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 3478 2026 CRP -17380.PDF	2 PS 3478 2026 CRP -17380.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3478 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 3478 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >