

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	VALENTINA TORRES CORTES			CC:	1023975981
CORREO ELECTRÓNICO:	VALTOCO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3192674319
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 50A 2D 59 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	088889931

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5014 2025	N° CDP:	2525	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES Y VEINTE Y SIETE (27) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/05	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 2.470.000

 VALENTINA TORRES CORTES  
PS\_5014\_2025\_F8475F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
VALENTINA TORRES CORTES  
CC: 1023975981  
CEL: 3192674319

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**VALENTINA TORRES CORTES**

**CON C.C N°**

**1.023.975.981**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS TECNOLOGICOS COMO REGENTE DE FARMACIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5014 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/03/05</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 4.505.280	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>200</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 18.586.750	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.470.000
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CINCO (5) MESES Y VEINTE Y SIETE (27) DÍAS
--	--

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL LA VICTORIA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ
-------------------------------	--------------------------------

**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	3. Remisión de entrada y cobro de suministro a pacientes (nutriciones): del servicio manda a preparar todos los días una serie de nutriciones las cuales llegan con una orden de remisión, estas fueron cobradas todos los días, se puede evidenciar en el sistema en la parte de suministro a paciente.
2	4. Proximos a vencer: Los días miércoles se hace una plantilla con los medicamentos y dispositivos médicos que se encuentran en la farmacia, dicha plantilla se envía por vía de correo electrónica a las demás unidades con el fin de dar a conocer y de esta misma manera darle rotación para evitar el vencimiento total.
3	5. Críticos: Semanalmente se hace un pedido al almacén de la unidad por medio de un formato en el cual se plasman los insumos que necesitamos para la semana, de esta manera poder dispensar todas las formulas en su totalidad y velar por la salud de los pacientes.
4	6. Pedido: Se realiza el pedido mensual para abastecer la farmacia en cuanto a medicamentos, dispositivos médicos y unidossis de esta manera el área de abastecimiento se encargara de llegar hasta los proveedores.
5	7. Recepcion técnica de medicamentos y dispositivos médicos: Cada vez que llega un dispositivo medico o un medicamento se hace la debida recepción técnica y se consigna en el formato destino para ello y poder llevar un control.
6	1. Horas extras por preparacion de unidossis (nutriciones)
7	2. Ordenes de despacho: Se hacen los despachos a las diferentes unidades teniendo en cuenta las existencias de medicamentos y dispositivos médicos solicitados
8	8. Solicitudes: Si se encuentra algún faltante en la farmacia y en alguna otro unidad ahí, por medio del sistema se realiza la solicitud.

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 1074010847	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>

SALUD:	COMPENSAR	2025/08/13	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/08/13	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/08/13	\$ 34.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 440.500

**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 ibr 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>VALENTINA TORRES CORTES</i> <i>PS_5014_2025_F8475F</i></p> <hr/> <p><b>VALENTINA TORRES CORTES</b> <b>CC: 1023975981</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</i> <i>PS_5014_2025_F8475F</i></p> <hr/> <p><b>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ</i> <i>PS_5014_2025_F8475F</i></p> <hr/> <p><b>YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

