

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
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 7455 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.833.052	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/08	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/08 AL 2025/10/31				
 VALENTINA TORRES CORTES PS_7455_2025_36BE01 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

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO QU?MICO FARMAC?UTICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7455 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/08
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$3.853.771	No. HORAS EJECUTADAS	148
----------------------------	-------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$3.853.771	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$3.833.052
--	-------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTICUATRO (24) DIAS
---	------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

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	Se hace la consolidación y análisis de los indicadores de: selectivas, completitud de pedido, oportunidad de entrega (hospitalario, ambulatorio y urgencias) y errores de prescripción. Informe de consolidación de inventarios.
2	Se apoya con la actualización a los diferentes documentos del servicio para la mejora continua del servicio farmacéutico.
3	Se participa en el comité de farmacia, de seguridad del paciente y de infecciones de la unidad de forma mensual. Divulgando con el equipo de trabajo la información tratada en los comités.
4	Se cumple y hace seguimiento de adherencia a las actividades de los procedimientos e instructivos del servicio farmacéutico y de los procesos transversales con los que nos relacionamos, llevando registro completo en los formatos de los mismos.
5	Se apoya con la elaboración de cronogramas de trabajo como: revisión de carros de paro y capacitaciones.
6	Se hace seguimiento e implementa acciones de mejora a las observaciones realizadas por las rondas realizadas por epidemiología y de gestión ambiental, capacitando y retroalimentando ambos temas con sus respectivas actas de socialización.
7	Se participa en las mesas de trabajo de epidemiología (pre comité de infecciones), seguridad del paciente, acreditación y de especialidades.
8	Se realizan los cuadros de turno para el personal de planta y el cuadro de actividades para el personal de ops, y se verifica su cumplimiento con la revisión de las cuentas de cobro e informe mensual de actividades.
9	Se elaboran los informes mensuales de: medicamentos de control especial, antimicrobianos, oseltamivir, vih.
10	Se participa en la reunión del servicio farmacéutico. Reuniones mensuales del servicio farmacéutico para retroalimentar temas del servicio (por unidad con auxiliares- regentes y por proceso químicos-regentes).
11	Se programa la realización de selectivas e inventario anual de la farmacia asignada, verificando el cumplimiento de lo establecido en el procedimiento de inventario y de los controles aplicados.

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 (2025-10-08) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1075570630	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/10	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/10/10	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/10	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 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 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 afiliación a eps, arl, pensión, 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	 VALENTINA TORRES CORTES PS_7455_2025_36BE01 VALENTINA TORRES CORTES CC: 1023975981		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA PS_7455_2025_36BE01 ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ PS_7455_2025_36BE01 YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

PAGADO 10/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VALENTINA TORRES CORTES		
Documento	CC1023975981	Dirección	CL 50A #2 B - 59 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3192674319
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

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	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	SVT	IGE	UMA	VAC	VAP	VCT	IND	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	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 1023975981	VALENTINA TORRES CORTES	59	00																	0	30	30	30	0		(230201) PROTECCION	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2,436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

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
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 0	\$ 440.500

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!