

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	BELARMINO DE JESUS SOLANO CAÑON		CC:	1023872937	
CORREO ELECTRÓNICO:	JESUSOLANO2108@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3204091159	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 53C SUR # 12A - 20 ESTE		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400790864

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5919 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.203.740
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/11	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



BELARMINO DE JESUS SOLANO CAÑON
PS_5919_2025_5F190A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
BELARMINO DE JESUS SOLANO CAÑON
CC: 1023872937
CEL: 3204091159

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

BELARMINO DE JESUS SOLANO CAÑON

CON C.C N°

1.023.872.937

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE FARMACIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5919 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/07/11
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.519.306	No. HORAS EJECUTADAS	198
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.347.500	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.203.740
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UNO (1) MESES Y VEINTE Y UNO (21) DÍAS
--	--

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	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	Limpieza y desinfección de la nevera el día asignado (Fin de semana).
2	Señalización de medicamentos LASA y alto riesgo, semaforización de los medicamentos próximos a vencer.
3	Selectivas de medicamentos y médico-quirúrgicos a cargo, tarea realizada todos los domingos de turno. Diligenciando el formato con toda la información solicitada.
4	Una vez se haya hecho la recepción técnica por parte de la Regente cuando llega pedido, se surte y almacena en el lugar correspondiente los medicamentos y médico-quirúrgicos.
5	6 horas de inventario.
6	Diligenciamiento del formato Errores de prescripción (Diariamente).
7	Diligenciamiento del formato Ruvem (Diariamente).
8	Revisión de la totalidad de las fórmulas digitadas durante el turno de ese día, para evidenciar y corregir los errores de digitación que se pudieron dar. (Suministro vs formula).
9	Diligenciamiento de formato de registro de toma de temperatura, se realiza a diario.
10	Atención al servicio de urgencias (Dispensando y digitando de los medicamentos y médico-quirúrgicos solicitados por el personal de enfermería y médicos).
11	Diligenciamiento de formato por entrega de turno MI-DT-FT-573, con conteo de medicamentos de control especial y alto costo.
12	Limpieza y desinfección de estantería (a cargo de servicios generales), se desocupan los estantes, cajones y recipientes donde se encuentran almacenados los medicamentos y médico-quirúrgicos, una vez ya estén limpios se ordenan nuevamente y se colocan en el lugar correspondiente. (Se realiza los viernes y sábado en el turno noche).
13	Diligenciamiento del formato de limpieza y desinfección.
14	Atención a usuarios los días adicionales cubriendo el turno del auxiliar intermedio que hace falta en la farmacia (Dispensación, digitación y verificación en el sistema de información Dinámica Gerencial).

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1075578767	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/14	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/14	\$ 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 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



BELARMINO DE JESUS SOLANO CAÑON
PS_5919_2025_5F190A

BELARMINO DE JESUS SOLANO CAÑON
CC: 1023872937

FIRMA DE QUIEN VALIDA



ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA
PS_5919_2025_5F190A

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_5919_2025_5F190A

YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-14, 05:46:42 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1075578767

Periodo Cotización:

septiembre de 2025

Periodo Servicio:

septiembre de 2025

Referencia pago (PIN):

8823373275

PAGADO 14/10/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BELARMINO DE JESUS SOLANO CAÑÓN		
Documento	CC1023872937	Dirección	CL 53C SUR #12 A - 20 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3227304570
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	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SIN	IGE	UMC	AVP	ICP	IRP	Días FER	Días EPS	Días ANC	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 1023872937	BELARMINO DE JESUS SOLANO CAÑÓN	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 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	\$ 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	\$ 1.500	\$ 442.000