

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANA ROSA ALVARADO GRIMALDO		CC:	39553719	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANAALVARADOGRIMALDO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3142872330	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 66A 80A 48		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480379034

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2861 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.371.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



ANA ROSA ALVARADO GRIMALDO
PS_2861_2025_2DB652

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANA ROSA ALVARADO GRIMALDO

CC: 39553719

CEL: 3142872330

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

ANA ROSA ALVARADO GRIMALDO

CON C.C N°

39.553.719

OBJETO DEL CONTRATO:	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.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2861 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.742.400	No. HORAS EJECUTADAS	192
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 33.073.300	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.371.200
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
--	-------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA
--	--------------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO
-------------------------------	--

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	COMPLETITUD DE PEDIDO PERSEVERANCIA- ENERO 2026
2	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES UNIDAD PERSEVERANCIA MES DE ENERO-2026
3	FORMATO CONTROL KIT ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL MES DE ENERO 2026
4	FORMATO DE CONTROL DE TEMPERATURA MES DE ENERO 2026- UNIDAD PERSEVERANCIA
5	FORMATO DE EMERGENCIAS OBSTETTRICAS MES DE ENERO 2026
6	FORMATO DE ERRORES DE PRESCRIPCIÓN MEDICA UNIDAD PERSEVERANCIA ENERO 2026
7	FORMATO DE INGRESOS DE FARMACIA UNIDAD PERSEVERANCIA- ENERO 2026
8	FORMATO DE MEDICAMENTOS -DISPOSITIVOS UNIDAD PERSEVERANCIA -CRITICOS MES DE ENERO 22-2026.
9	FORMATO DE ORDENES DE DESPACHO UNIDAD DE PERSEVERANCIA ENERO 2026
10	FORMATO DE RECEPCION TECNICA MEDICAMENTOS UNIDAD PERSEVERANCIA ENERO 2026.
11	FORMATO DE SOLICITUDES DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS UNIDAD PERSEVERANCIA ENERO 2026.
12	FORMATO ENTREGA DE TURNO UNIDAD PERSEVERANCIA ENERO 21-2026
13	FORMATO PROXIMOS A VENCER MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS UNIDAD PERSEVERANCIA ENERO 2026.
14	FORMATO RECEPCION TECNICA DE DISPOSITIVOS MEDICOS UNIDAD PERSEVERANCIA ENERO 2026.
15	FORMATO REGISTRO UNICO DE ENTREGA DE MEDICAMENTO (RUVEM) ENERO 2026.
16	MI-DT-FT-573 FORMATO DE ENTREGA DE TURNO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL ENERO 2026.
17	MI-DT-FT-574 FORMATO DE ENTREGA DE TURNO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS DE ALTO COSTO ENERO 2026.
18	MI-TV-FT-093 FORMATO DE CONTROL DE KIT REANIMACION ADAPTACION NEONATAL ENERO 15-2026.
19	MI-TV-FT-242 FORMATO DE CONROL MEDICAMENTOS E INSUMOS KIT INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO IAM.
20	FORMATO LIMPIEZA Y DESINFECCION SERVICIOS Y AREAS SERVICIOS GENERALES ENERO 2026.

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 92279667	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ADRES	2025/12/11	\$ 178.000
PENSIÓN:	SIN DATO	2025/12/11	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/11	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 212.700

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	 <p><i>ANA ROSA ALVARADO GRIMALDO</i> PS_2861_2025_2DB652</p> <hr/> <p>ANA ROSA ALVARADO GRIMALDO CC: 39553719</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</i> PS_2861_2025_2DB652</p> <hr/> <p>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA SUPERVISOR ALTERNO</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</i> PS_2861_2025_2DB652</p> <hr/> <p>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>