

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CRISTAL VANEGAS ARENAS			CC:	26987220
CORREO ELECTRÓNICO:	CRISTALV741@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3229317737
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 16 BIS # 45D 36			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008870474726
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2960 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.070.180	
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				
 CRISTAL VANEGAS ARENAS PS_2960_2025_0734C6 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CRISTAL VANEGAS ARENAS CC: 26987220 CEL: 3229317737					

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

CON C.C N° 26.987.220

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 2960 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.273.920	No. HORAS EJECUTADAS	186
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 30.518.460	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.070.180
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

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	MI-DT-FT-574 FORMATO DE ENTREGA DE TURNO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS DE ALTO COSTO
2	MI-DT-FT-573 FORMATO DE ENTREGA DE TURNO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL
3	FORMATO REGISTRO UNICO DE ENTREGA DE MEDICAMENTO (RUVEM) ENERO 2026
4	FORMATO RECEPCION TECNICA DE DISPOSITIVOS MEDICOS UNIDAD PERSEVERANCIA
5	FORMATO LIMPIEZA Y DESINFECCION SERVICIOS Y AREAS SERVICIOS GENERALES ENERO 2026
6	FORMATO ENTREGA DE TURNO UNIDAD PERSEVERANCIA ENERO 21-2026
7	FORMATO DE SELECTIVAS UNIDAD DE PERSEVERANCIA
8	FORMATO DE RECEPCION TECNICA MEDICAMENTOS UNIDAD PERSEVERANCIA
9	FORMATO DE INGRESOS DE FARMACIA UNIDAD PERSEVERANCIA
10	FORMATO DE ERRORES DE PRESCRIPCION MEDICA UNIDAD PERSEVERANCIA
11	FORMATO DE CONTROL DE TEMPERATURA MES DE ENERO 2026- UNIDAD PERSEVERANCIA
12	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES UNIDAD PERSEVERANCIA MES DE 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° 9496887855	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/30	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/30	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/30	\$ 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	 CRISTAL VANEGAS ARENAS PS_2960_2025_0734C6 CRISTAL VANEGAS ARENAS CC: 26987220		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA PS_2960_2025_0734C6 ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO PS_2960_2025_0734C6 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO		