SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ**			**CC:**	**51695797**
CORREO ELECTRÓNICO:	**FLANMU@HOTMIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3115485734**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 182 # 62A 20 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870417989**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2974 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.404.080**
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**				

FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ
PS_2974_2025_565A75

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ
CC: 51695797
CEL: 3115485734

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ			
	CON C.C N°	**51.695.797**	
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 2974 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.273.920	**No. HORAS EJECUTADAS**	**216**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.545.820	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.404.080
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD CHIRCALES		
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	Se realizan 30 horas adicionales, cubriendo turnos del auxiliar faltante los días 2, 6, 8, 16, 28 y 30 de enero 2026.
2	Diligenciamiento del formato Errores de prescripción (Diariamente).
3	Diligenciamiento del formato Ruvem (Diariamente).
4	Diligenciamiento del formato entrega de domicilio (medicamentos pendientes, fundaciones y adulto mayor).
5	Una vez la Regente realiza las llamadas para la entrega del medicamento, se realiza la digitación del medicamento en dinámica, se empaca, se deja marcado y diligenciado el formato para la entrega al día siguiente y sea llevado por el domiciliario.
6	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).
7	Diligenciamiento de formato de registro de toma de temperatura, se realiza a diario.
8	Diligenciamiento de formato por entrega de turno MI-DT-FT-573, con conteo de medicamentos de control especial, de planificación, diclofenaco y dexametasona ampolla.
9	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).
10	Diligenciamiento del formato de limpieza y desinfección.
11	Limpieza y desinfección de la nevera el día asignado (Fin de semana).
12	Señalización de medicamentos LASA y alto riesgo, semaforización de los medicamentos próximos a vencer.
13	Selectivas de medicamentos y médico-quirúrgicos a cargo, tarea realizada todos los domingos de turno. Diligenciando el formato con toda la información solicitada.
14	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.
15	Atención al servicio de urgencias (Dispensando y digitando de los medicamentos y médico-quirúrgicos solicitados por el personal de enfermería y médicos).
16	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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9495899734	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/01/05	$ 178.000
PENSIÓN:	SIN DATO	2026/01/05	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/05	$ 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	*FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ* *PS_2974_2025_565A75* **FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ** **CC: 51695797**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA* *PS_2974_2025_565A75* **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_2974_2025_565A75* **MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**