

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                              |                                                  |         |              |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                  |         |              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                  |         |              |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                          | CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO |                                                  |         | CC:          | 1033726550   |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                           | caren312lopez@gmail.com      |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3144346515   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                          | CL 48B SUR 9 35              |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                      | BANCO DAVIVIENDA S.A.        | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 004870494319 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                  |         |              |              |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                              | PS 3046 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 2026/01/30 |                                                  |         |              |              |
| <div><div>CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO<br/>PS_3046_2025_59D385</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO<br/>CC: 1033726550<br/>CEL: 3144346515</div> |                              |                                                  |         |              |              |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO

CON C.C N°1.033.726.550

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 SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 3046 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$4.452.000No. HORAS EJECUTADAS216

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$33.612.600VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.404.080

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASTRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:CENTRO DE SALUD CHIRCALES

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  | Se realizan 24 horas adicionales, cubriendo turnos del auxiliar faltante los días 13,14, 26 y 29, de enero de 2026.                                                                                                                 |
| 2  | Atención al servicio de urgencias (Dispensando y digitando los medicamentos y médico-quirúrgicos solicitados por el personal de enfermería y médicos).                                                                              |
| 3  | Atención a usuarios de consulta externa (Dispensación, digitación y verificación en el sistema de información Dinámica Gerencial, Georeferenciador, suministro a pacientes). Total, formulas digitadas en el mes de diciembre: 1306 |
| 4  | Enviar por el Drive el documento del paciente para la apertura de ingresos por parte del servicio de facturación.                                                                                                                   |
| 5  | Confirmar y verificar las devoluciones por parte del servicio de urgencias y hospitalización.                                                                                                                                       |
| 6  | Corrección de fórmulas que se haya evidenciado error de digitación.                                                                                                                                                                 |
| 7  | Diligenciamiento de formato de registro de toma de temperatura, se realiza a diario.                                                                                                                                                |
| 8  | Selectivas de medicamentos y médico-quirúrgicos a cargo, tarea realizada todos los domingos de turno. Diligenciando el formato con toda la información solicitada.                                                                  |
| 9  | Limpieza y desinfección de la nevera el día asignado (Fin de semana).                                                                                                                                                               |
| 10 | Señalización de medicamentos LASA y alto riesgo, semaforización de los medicamentos próximos a vencer.                                                                                                                              |
| 11 | Diligenciamiento de formato por entrega de turno MI-DT-FT-573, con conteo de medicamentos de control especial, de planificación, diclofenaco y dexametasona ampolla                                                                 |

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 (2026-01-30)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |             |               |              |
|-----------------------------------------------|-------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:                              | N° 137477   | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD     | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                        | SALUD TOTAL | 2026/01/02    | \$ 178.000   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | COLPENSIONES                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2026/01/02 | \$ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SURA                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2026/01/02 | \$ 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.<br>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)<br>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div><div>CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO</div><div>PS_3046_2025_59D385</div><hr/></div> <div>CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO</div> <div>CC: 1033726550</div>                                      |            |            |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <div><div>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</div><div>PS_3046_2025_59D385</div><hr/></div> <div>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</div> <div>SUPERVISOR ALTERNO</div>                                |            |            |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div><div>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</div><div>PS_3046_2025_59D385</div><hr/></div> <div>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div> |            |            |