**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:** | **ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA** | | | **CC:** | **1070627129** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **SANTIAGORIVERA9924@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3222725651** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 11 88A 61** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCOLOMBIA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **54700006653** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 3140 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 5.076.204** |
| **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** | | | | |

*ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA*
*PS_3140_2025_D0A303*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA**
**CC: 1070627129**
**CEL: 3222725651**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.070.627.129** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO QUIMICO FARMACEUTICO 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 3140 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 9.634.428 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **196** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 76.971.828 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 5.076.204 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRECE (13) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL LA VICTORIA | | |
| **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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | SE REALIZAN 10 HORAS ADICIONALES POR DISPONIBILIDAD. |
| 2 | APOYAR LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO FARMACÉUTICO Y FARMACOVIGILANCIA. 4. PARTICIPAR EN LOS COMITÉS DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA, DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, DE INFECCIONES, DE INVENTARIOS Y A LOS QUE SEAN INVITADOS. 5. APLICAR LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED |
| 3 | APOYAR LA SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS POR MEDIO DE ESTUDIOS DE MERCADO Y EVALUACIÓN TÉCNICA DE LOS PROCESOS DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS. |
| 4 | SE GENERAN,CONSOLIDAN Y ANALIZAN LOS REPORTES ASIGNADOS Y LOS INDICADORES DEL SERVICIO FARMACEUTICO A CARGO. |
| 5 | PARTICIPAR EN GRUPOS MULTIDISCIPLINARIOS E INTERDISCIPLINARIOS A LOS QUE SEA INVITADO. 11. REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS AL PERSONAL DEL SERVICIO FARMACÉUTICO A CARGO. |
| 6 | SE CONOCE, CAPACITA Y APOYA EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA CON LA INFORMACIÓN QUE SE REQUIERA DE LOS SUCESOS DE FARMACOVIGILANCIA QUE SE PRESENTEN EN LA FARMCIA ASIGNADA. |
| 7 | ELABORAR Y VERIFICAR LOS INVENTARIOS SELECTIVOS EN LA FARMACIA Y/O BODEGA, MENSUALMENTE APLICANDO LOS CONTROLES ESTABLECIDOS. |
| 8 | PLANIFICAR, ORGANIZAR, DIRIGIR, COORDINAR Y CONTROLAR LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y GASES MEDICINALES OFRECIDOS A LOS PACIENTES Y A LA COMUNIDAD EN GENERAL, CON EXCEPCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS. |
| 9 | REALIZAR PLANES DE MEJORA 26. VERIFICACIÓN, REALIZACIÓN Y ENVIÓ DE INFORME MENSUAL A EL FNE. |
| 10 | SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN. SE AYUDA A DIVULGAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS Y SE DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS QUE ATIENDO. |

**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° 1078303582 | OPERADOR: | SIMPLE |
|---|---|---|---|

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SALUD TOTAL | 2026/01/02 | $ 273.300 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2026/01/02 | $ 349.800 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2026/01/02 | $ 53.300 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 676.400 |

## 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** | *ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA*<br>*PS_3140_2025_D0A303*<br>**ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA**<br>**CC: 1070627129** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA*<br>*PS_3140_2025_D0A303*<br>**ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO*<br>*PS_3140_2025_D0A303*<br>**MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |