

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN JULIETH RINCON RIVERA		CC:	1033781966	
CORREO ELECTRÓNICO:	KARENINCON966@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3209473220	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 48Z 5 12 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488406495736

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3646 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.897.500
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/31	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/06 AL 2026/04/30		



KAREN JULIETH RINCON RIVERA
PS_3646_2026_B2E811

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

KAREN JULIETH RINCON RIVERA

CC: 1033781966

CEL: 3209473220

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

KAREN JULIETH RINCON RIVERA

CON C.C N° 1.033.781.966

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO 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 3646 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/31
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.784.230	No. HORAS EJECUTADAS	150
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.784.230	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.897.500
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS DOS (2) MESES Y UN (1) DIA

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL LA VICTORIA

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 | 150 HORAS :
INICIA CONTRATO 6 /04/2026 |
| 2 | REALIZO SELECTIVAS PERIODICAS, CONTROL O FECHAS DE VENCIMIENTO; LOTES DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS,REALIZO SEMAFORIZACION DE DISPOSITIVOS Y MEDICAMENTO LASA y ALTO RIESGO. |
| 3 | REALIZO RECEPCION TECNICA DE PEDIDOS Y TRASLADOS ENTRE EL ALMACEN Y OTRAS FARMACIAS, SE VERIFICA CADENA DE FRIO, SURTO FARMACIA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, ORGANIZO BODEGA ROTULANDOLA CON NOMBRE GENERICO,LOTE Y FECHA DE VENCIMIENTO,REALIZO TOMA DE TEMPERATURA EN CADA TURNO. |
| 4 | REALIZO DESINFECCION DE LOS MUEBLES,NEVERA, ESTANTES DEL SERVICIO EN CONJUNTO CON EL PERSONAL DE LIMPIEZA. RUTINARIA Y TERMINAL DE LAS AREAS A CARGO |
| 5 | REALIZO DISPENSACION DE MEDICAMENTO (A PACIENTES POR CONSULTA EXTERNA) Y PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS, VERIFICANDO LA FORMULA MEDICA QUE CONTENGA LOS 10 CORRECTOS :LOS DATOS DEL PACIENTE AL IGUAL DATOS DE MEDICO TRATANTE Y VERIFICANDO MUY BIEN LOS MEDICAMENTOS DISPENSADOS FORMULADOS. |
| 6 | BRINDO ATENCION ADECUADA A LOS PACIENTES,TENIENDO EMPATIA CON ELLOS EXPLICANDO TODO LO RELACIONADO CON LA FORMULA QUE LES ESTOY DISPENSADO. |
| 7 | DENTRO DEL SERVICIO FARMACEUTICO UTILIZO LOS EPP,MANTENGO MI BUENA PRESENTACION PERSONAL ; UÑAS CORTAS,PORTO MI UNIFORME EN OPTIMAS CONDICIONES, DESECHO LOS RESIDUOS QUE GENERA EL SERVICIO EN SUS RESPECTIVAS CANECAS. |
| 8 | REALIZO TOMA FISICA DE TEMPERATURA,REALIZO DISPENSACION DE MEDICAMENTO E INSUMOS,REALIZO ENTREGA DE TURNO INFORMANDO NOVEDADES DEL SERVICIO EN MI TURNO, INFORMO A LA REGENTE DE NOVEDADES PRESENTADAS. |
| 9 | REALIZO PRESENCIA ACTIVA EN LAS DIFERENTES REUNIONES DEL SERVICIO ASI MISMO A LAS CAPACITACIONES QUE SE PROGRAMAN DENTRO Y FUERA DE MI HORARIO. |
| 10 | SIEMPRE ASISTO A MIS TURNOS PROGRAMADOS Y SI SE LLEGA A PRESENTAR ALGUN INCONVENIENTE INFORMO EL CAMBIO DE TURNO A MIS JEFES DE MANERA VERBAL, MEDIANTE CARTA Y CORREO ELECTRONICO. |
| 11 | ESTOY MUY PENDIENTE DE LAS FECHAS DE VENCIMIENTO E INFORMO A MI JEFE PARA TENER MUY ENCUESTA LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS CON FECHA PROXIMA DE VENCIMIENTO O BAJA ROTACION. |
| 12 | REALIZO DISPENSACION DE MEDICAMENTO TENIENDO MUY EN CUENTA LOS 5 CORRECTOS. |
| 13 | ESTOY SIMPRE A TENTA EN LAS DIFERENTES ACTUALIZACIONES SOBRE :GESTION ESTRATEGICA, GESTION MISIONAL, GESTION APOYO, SEGURIDAD DEL PACIENTE, Y GESTION DEL RIESGO. |

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 (2026-04-06) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL


No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	1900/01/01	\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR	1900/01/01	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	1900/01/01	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0


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>KAREN JULIETH RINCON RIVERA</i> PS_3646_2026_B2E811</p> <hr/> <p>KAREN JULIETH RINCON RIVERA CC: 1033781966</p>
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</i> PS_3646_2026_B2E811</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_3646_2026_B2E811</p> <hr/> <p>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	--

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

KAREN JULIETH RINCON RIVERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.781.966**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 23 de Abril del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) KAREN JULIETH RINCON RIVERA identificado(a) con CC 1033781966 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 03/09/2024

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN, a los 23 días del mes abril del 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Medellín, 23 de abril de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que KAREN JULIETH RINCON RIVERA identificado(a) con C1033781966 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.artsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10337819662611359140

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

23/04/2026

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **KAREN RINCON RIVERA** con **Cédula de Ciudadanía número 1033781966**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550488406495736**
Fecha de apertura **27/06/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA