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: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ELIZABETH ALVAREZ BARRAZA**			**CC:**	**1010219820**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ELIZABETHAB0914@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3102799701**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 13 18 91Q**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**4882027710**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1217 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.428.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

ELIZABETH ALVAREZ BARRAZA
PS_1217_2026_9C2A9F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ELIZABETH ALVAREZ BARRAZA
CC: 1010219820
CEL: 3102799701

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			
ELIZABETH ALVAREZ BARRAZA			
	CON C.C N°	**1.010.219.820**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS 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 1217 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.411.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.428.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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	1. APOYAR LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO FARMACEUTICO CUMPLIENDO CON EL ADECUADO MANEJO Y CONTROL DE LOS MEDICAMENTOS
2	2. RECEPCIONAR Y ALMACENAR LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS, REALIZANDO CONTROLES DE CONDICIONES
3	3-RECEPCIONAR Y ALMACENAR LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, REALIZANDO CONTROLES DE CONDICIONES AMBIENTALES Y DE INVENTARIOS MENSUALMENTE EN LAS FARMACIAS Y BODEGAS ASIGNADAS
4	4ENTREGAR LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, CON EL REGISTRO CORRESPONDIENTE Y LLEVANDO PUNTOS DE CONTROL DEFINIDOS EN LA DOCUMENTACIÓN, VERIFICANDO ESPECIALMENTE CONDICIONES ESPECIALES PARA LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS-
5	5-APOYAR ACTIVIDADES DE LIMPIEZA Y ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO, CONFORME A PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
6	6-OFRECER UNA ATENCIÓN HUMANA, CÁLIDA Y DILIGENTE CON TODOS LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO DE FARMACIA
7	7 CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL
8	8-CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL
9	9-PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS QUE SEA CONVOCADO
10	10-CUMPLIR LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO, NOTIFICANDO LOS CAMBIOS A LA MISMA CON ANTICIPACIÓN DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR LA ENTIDAD Y CON EL OBJETO DEL CONTRATO
11	11-CONTROLAR LA ROTACIÓN DE LAS FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS Y DEMOSTRANDO GESTIÓN REALIZADA PARA EVITAR PÉRDIDAS
12	12-INFORMAR AL USUARIO DEL SERVICIO FARMACÉUTICO, TENIENDO EN CUENTA LOS CORRECTOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS
13	13-IMPLEMENTAR LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9501744386	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/04/13	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/04/13	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/13	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*ELIZABETH ALVAREZ BARRAZA* *PS_1217_2026_9C2A9F* **ELIZABETH ALVAREZ BARRAZA** **CC: 1010219820**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA* *PS_1217_2026_9C2A9F* **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_1217_2026_9C2A9F* **MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010219820		ALVAREZ BARRAZA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 18 91 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102799701	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	217880832	9501744386	I	2026/04/08	2026/04/13	NEQUI	5	$543,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1010219820 ALVAREZ ELIZABETH	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010219820		ALVAREZ BARRAZA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 18 91 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102799701	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	217880832	9501744386	I	2026/04/08	2026/04/13	NEQUI	5	$543,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,000	$0	$281,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$1,000	$0	$281,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200	$0	$42,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$200	$0	$42,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$800	$0	$219,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$800	$0	$219,700
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$2,000**	**$0**	**$543,800**