

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MAGDA BIBIANA HERRERA RUIZ		CC:	28697871	
CORREO ELECTRÓNICO:	MBIBISHN@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3016999220	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 40 SUR 20A 15		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	015170293

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1213 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.604.000
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		



MAGDA BIBIANA HERRERA RUIZ
PS_1213_2026_B5FC38

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MAGDA BIBIANA HERRERA RUIZ

CC: 28697871

CEL: 3016999220

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

MAGDA BIBIANA HERRERA RUIZ

CON C.C N°

28.697.871

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN REGENCIA 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 1213 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.416.000	No. HORAS EJECUTADAS	186
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.416.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.604.000
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
--	--------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN
--	-------------------------------

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 | CUMPLIR CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, INFORMANDO CON ANTICIPACIÓN EN CASOS DE NOVEDADES PARA LA TOMA DE MEDIDAS PREVENTIVAS. |
| 2 | DILIGENCIAR LOS INFORMES MENSUALES DE LOS MOVIMIENTOS EN LA FARMACIA Y ENTREGA DE INDICADORES CUMPLIENDO LO ESTABLECIDO EN LA DOCUMENTACIÓN DEFINIDA PARA EL SERVICIO FARMACÉUTICO (MANUALES, PROCEDIMIENTO, GUIAS, PROTOCOLOS Y REGISTROS). |
| 3 | RESPONDER POR LAS SOLICITUDES DE INFORMACIÓN, AUDITORIAS U OBJECIONES QUE ESTABLEZCAN LAS ENTIDADES ASEGURADORAS. |
| 4 | IMPLEMENTAR LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED. 16. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR. |
| 5 | APOYAR LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS DILIGENCIANDO LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES, LLEVANDO LOS PUNTOS DE CONTROL E INFORMANDO AL USUARIO LOS CORRECTOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS. |
| 6 | APOYAR LAS ACTIVIDADES DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA, BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN Y BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS CERTIFICADAS EN LA INSTITUCIÓN. |
| 7 | REGISTRAR Y VERIFICAR DIARIAMENTE LOS MOVIMIENTOS GENERADOS POR LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MONOPOLIO DEL ESTADO. |
| 8 | APOYAR LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO FARMACÉUTICO CUMPLIENDO CON EL ADECUADO MANEJO Y CONTROL DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE. |
| 9 | REALIZAR LA VERIFICACION DE REGISTROS Y SOPORTES RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD -PBS-, DANDO RESPUESTA A LAS SOLICITUDES QUE TENGAN DESDE LOS PROCESOS ASISTENCIALES, AUTORIZACIONES Y FACTURACIÓN. |
| 10 | SOLICITAR, RECEPCIONAR Y ALMACENAR LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, VERIFICANDO LOS CONTROLES DE CONDICIONES AMBIENTALES Y DE INVENTARIOS MENSUALMENTE EN LAS FARMACIAS Y BODEGAS ASIGNADAS. |

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° 4647000238	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/04/13	\$ 218.900
PENSIÓN:	SIN DATO	2026/04/13	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/13	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 261.600

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 ningún 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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p>MAGDA BIBIANA HERRERA RUIZ PS_1213_2026_B5FC38</p> <hr/> <p>MAGDA BIBIANA HERRERA RUIZ CC: 28697871</p>
<p>FIRMA DE QUIEN VALIDA</p>	 <p>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA PS_1213_2026_B5FC38</p> <hr/> <p>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA SUPERVISOR ALTERNO</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO PS_1213_2026_B5FC38</p> <hr/> <p>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 28697871
 NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: MAGDA BIBIANA HERRERA RUIZ
 CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
 DIRECCIÓN: CL 40SUR 20 A 15 TELÉFONO: 3232233
 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
 TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
 FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
 APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: **4650265234** TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
 PERIODO COTIZACIÓN MES: abril PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
 OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2026 SALUD: AÑO: 2026
 DÍAS DE MORA: 0
 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/05/13 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9996787379

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

TOTALES	
COTIZANTES	TOTAL PAGADO

SALUD

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR		1	\$ 218.900
SUBTOTAL:				1	\$ 218.900

RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 42.700
SUBTOTAL:				1	\$ 42.700

VALOR SIN MORA:	\$ 261.600
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 261.600