

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	VALENTINA TORRES CORTES		CC:	1023975981	
CORREO ELECTRÓNICO:	VALTOCO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3192674319	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 50A 2D 59 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	088889931

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1307 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.867.350
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



VALENTINA TORRES CORTES
PS_1307_2026_8E6056

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

VALENTINA TORRES CORTES

CC: 1023975981

CEL: 3192674319

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

VALENTINA TORRES CORTES

CON C.C N°

1.023.975.981

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO QUIMICO FARMACEUTICO I 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 1307 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 20.303.760	No. HORAS EJECUTADAS	215
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 28.245.150	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.867.350
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES
--	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

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	15 HORAS ADICIONALES AUDITORIA AMBULANCIAS SECUNDARIOS DIAS (11,12,13,14 Y 15), 10 HORAS ADICIONALES DISPONIBILIDAD Y ADECUACIONES Y MAGISTRALES DIAS (9 Y 10), 4 HORAS DIA (31)
2	Se hace la consolidación y análisis de los indicadores de: selectivas, completitud de pedido, oportunidad de entrega (hospitalario, ambulatorio y urgencias) y errores de prescripción. Informe de consolidación de inventarios.
3	Se apoya con la actualización a los diferentes documentos del servicio para la mejora continua del servicio farmacéutico
4	Se participa en el comité de farmacia, de seguridad del paciente y de infecciones de la unidad de forma mensual. Divulgando con el equipo de trabajo la información tratada en los comités.
5	Se cumple y hace seguimiento de adherencia a las actividades de los procedimientos e instructivos del servicio farmacéutico y de los procesos transversales con los que nos relacionamos, llevando registro completo en los formatos de los mismos.
6	Se apoya con la elaboración de cronogramas de trabajo como: revisión de carros de paro y capacitaciones.
7	Se hace seguimiento e implementa acciones de mejora a las observaciones realizadas por las rondas realizadas por epidemiología y de gestión ambiental, capacitando y retroalimentando ambos temas con sus respectivas actas de socialización.
8	Se participa en las mesas de trabajo de epidemiología (pre comité de infecciones), seguridad del paciente, acreditación y de especialidades.
9	Se realizan los cuadros de turno para el personal de planta y el cuadro de actividades para el personal de ops, y se verifica su cumplimiento con la revisión de las cuentas de cobro e informe mensual de actividades.
10	Se elaboran los informes mensuales de: medicamentos de control especial, antimicrobianos, oseltamivir, vih.
11	Se participa en la reunión del servicio farmacéutico. Reuniones mensuales del servicio farmacéutico para retroalimentar temas del servicio (por unidad con auxiliares- regentes y por proceso químicos-regentes).
12	Se programa la realización de selectivas e inventario anual de la farmacia asignada, verificando el cumplimiento de lo establecido en el procedimiento de inventario y de los controles aplicados.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1082015990	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/12	\$ 282.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/12	\$ 361.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/12	\$ 55.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 699.200

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



VALENTINA TORRES CORTES

PS_1307_2026_8E6056

VALENTINA TORRES CORTES

CC: 1023975981

FIRMA DE QUIEN VALIDA



ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA

PS_1307_2026_8E6056

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_1307_2026_8E6056

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

SUPERVISOR DEL CONTRATO

