

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	GERMAN ALFREDO VELOZA CRISTANCHO			CC:	81717524
CORREO ELECTRÓNICO:	GERMANVECR@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3153180369
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 71D 95A 25			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO FALABELLA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	111700663080
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1240 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.388.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/08/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 GERMAN ALFREDO VELOZA CRISTANCHO PS_1240_2026_8B8C0A NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GERMAN ALFREDO VELOZA CRISTANCHO CC: 81717524 CEL: 3153180369					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
GERMAN ALFREDO VELOZA CRISTANCHO

CON C.C N° 81.717.524

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 1240 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.416.000	No. HORAS EJECUTADAS	242
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 22.372.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.388.000
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES
---	-----------------

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

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	En mi labor como Regente de Farmacia del Hospital San Blas, apoyo de manera comprometida todas las actividades del Servicio Farmacéutico, asegurando que los medicamentos y dispositivos médicos sean manejados y controlados con responsabilidad y conforme a la normatividad vigente.
2	Me encargo de solicitar, recibir y almacenar los medicamentos y dispositivos médicos del hospital, cuidando que las condiciones ambientales sean las adecuadas y realizando controles periódicos para garantizar inventarios ordenados y seguros.
3	Cada día registro y verifico los movimientos de los medicamentos de control especial y monopolio del Estado, manteniendo la trazabilidad y el cumplimiento de los requisitos legales.
4	Participo activamente en el Programa de Farmacovigilancia de la Subred Centro Oriente, reportando los eventos adversos y cualquier información que contribuya al uso seguro de los medicamentos.
5	Brindo una atención humana, cálida y respetuosa a los usuarios, orientándolos y acompañándolos durante su experiencia en el servicio farmacéutico.
6	Cumplo con las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental, promoviendo siempre un ambiente de trabajo seguro tanto para los usuarios como para el equipo. Verifico los registros y soportes relacionados con medicamentos no incluidos en el PBS, respondiendo de manera oportuna a las solicitudes de los procesos asistenciales, autorizaciones y facturación.
7	Cumplo con la programación establecida por el supervisor del contrato y mantengo una comunicación abierta e inmediata frente a cualquier novedad que requiera acciones preventivas. Apoyo las actividades asociadas a las Buenas Prácticas de Manufactura, Elaboración y Clínicas, contribuyendo al fortalecimiento de la calidad en la institución.
8	Implemento los subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la Subred Centro Oriente, contribuyendo al mejoramiento continuo del servicio. Desarrollo mis actividades en cualquiera de las unidades del Hospital San Blas según las necesidades del servicio, manteniendo siempre disposición, compromiso y vocación de servicio.
9	Durante el periodo reportado, cumplí 206 horas programadas y realicé 36 horas adicionales cubriendo turnos por falta de personal los días 12, 25 y 26, garantizando la continuidad de la atención y el adecuado funcionamiento del servicio farmacéutico del Hospital San Blas.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9506653352	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SURA	2026/07/14	\$ 218.900	
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/07/14	\$ 280.200	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/14	\$ 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 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 GERMAN ALFREDO VELOZA CRISTANCHO PS_1240_2026_8B8C0A GERMAN ALFREDO VELOZA CRISTANCHO CC: 81717524
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA PS_1240_2026_8B8C0A 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_1240_2026_8B8C0A MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 81717524		VELOZA CRISTANCHO GERMAN ALFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 71D N 95A-25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3153180369	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	477455302	9506653352	I	2026/07/07	2026/07/14	NEQUI	7	\$544,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	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	81717524	VELOZA GERMAN	231001	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS010	30	\$1,750,905	\$218,900	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0		\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 81717524		VELOZA CRISTANCHO GERMAN ALFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 71D N 95A-25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3153180369	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	477455302		9506653352	I	2026/07/07	2026/07/14	NEQUI	\$544,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,500	\$0	\$281,700	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$280,200	\$1,500	\$0	\$281,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,200	\$0	\$220,100	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$218,900	\$1,200	\$0	\$220,100	
TOTAL				1	\$541,800	\$3,000	\$0	\$544,800	