

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN JULIETH RINCON RIVERA			CC:	1033781966
CORREO ELECTRÓNICO:	KAREN RINCON966@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		\$ 2.352.900	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/31	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 KAREN JULIETH RINCON RIVERA PS_3646_2026_C06A73 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 DIRECCI?N 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	186
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.108.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.352.900
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
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	186 HORAS : CUMPLKE COM LA PROGRAMACION
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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 1083561371	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	2026/07/11	\$ 218.900	
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/11	\$ 280.200	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/11	\$ 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	 KAREN JULIETH RINCON RIVERA PS_3646_2026_C06A73 KAREN JULIETH RINCON RIVERA CC: 1033781966
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA PS_3646_2026_C06A73 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_3646_2026_C06A73 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO

PAGADO 11/07/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KAREN JULIETH RINCON RIVERA		
Documento	CC1033781966	Dirección	CL 48Y #5 B - 45
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3209473220
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	IGE	LMC	VAC	VAC	VCT	IND	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1033781966	KAREN JULIETH RINCON RIVERA	59	00	C															0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 1.750.905	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 576.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 576.900	\$ 0	\$ 576.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!