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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ**			**CC:**	**51695797**
CORREO ELECTRÓNICO:	**FLANMU@HOTMIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3115485734**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 182 # 62A 20 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870417989**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1130 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.732.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ
PS_1130_2026_C5AEE7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ
CC: 51695797
CEL: 3115485734

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			
FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ			
	CON C.C N°	**51.695.797**	
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 1130 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**216**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.886.450	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.732.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD CHIRCALES		
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	Angela realiza disponibilidad en Farmacia USS Chircales los dias 04,12,14,18,26, y 28 de Agosto por Falta de Auxiliar
2	Apoyo al servicio farmacéutico: Participar en las actividades del servicio farmacéutico, garantizando el manejo adecuado y seguro de medicamentos y dispositivos médicos según la normatividad vigente.
3	Recepción, almacenamiento e inventarios: Recibir y almacenar correctamente los medicamentos y dispositivos médicos, controlando las condiciones ambientales y realizando inventarios mensuales en las áreas asignadas.
4	Dispensación y entrega: Entregar medicamentos y dispositivos médicos de manera segura, dejando los registros correspondientes y verificando los requisitos especiales para medicamentos de control especial y aquellos no incluidos en el plan de beneficios.
5	Limpieza y organización: Apoyar la limpieza, organización y adecuación de las áreas del servicio farmacéutico, siguiendo los protocolos institucionales.
6	Atención al usuario: Brindar a los usuarios una atención humana, cordial, respetuosa, oportuna y diligente durante la prestación del servicio.
7	Bioseguridad y gestión ambiental: Cumplir las normas y protocolos relacionados con bioseguridad, seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental.
8	Registros e informes: Registrar oportunamente las actividades y procedimientos realizados en los formatos o sistemas establecidos, manteniendo actualizados los informes y demás registros requeridos.
9	Capacitación y reuniones: Participar activamente en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y demás actividades institucionales para las cuales sea convocado.
10	Cumplimiento de la programación: Cumplir con la programación establecida para el servicio, informando oportunamente cualquier cambio o novedad conforme a las directrices institucionales.
11	Control de vencimientos: Vigilar las fechas de vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos, aplicando una adecuada rotación y realizando acciones preventivas para evitar pérdidas.
12	Orientación al usuario: Brindar información clara y adecuada al usuario sobre el uso y entrega de los medicamentos, aplicando los principios y requisitos establecidos para una correcta dispensación.
13	Sistema de gestión de calidad: Aplicar y cumplir los subsistemas que conforman el Sistema Integrado de Gestión de Calidad adoptado por la Subred.
14	Disponibilidad para las unidades de la Subred: Desarrollar las actividades asignadas en cualquiera de las unidades de la Subred Centro Oriente, de acuerdo con las necesidades y la asignación realizada por el supervisor.

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9509018931	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/08/13	$ 218.900
PENSIÓN:	SIN DATO	2026/08/13	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/13	$ 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 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	*FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ* *PS_1130_2026_C5AEE7* **FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ** **CC: 51695797**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA* *PS_1130_2026_C5AEE7* **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_1130_2026_C5AEE7* **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 51695797		MUÑOZ PEREZ FLOR ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crr 18Z #62a 24 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5883321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	562286067	9509018931	I	2026/08/26	2026/08/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$261,600

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)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	51695797	MUÑOZ FLOR		0	$0	$0	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-7	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$0	$0			$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 51695797		MUÑOZ PEREZ FLOR ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crr 18Z #62a 24 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5883321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	562286067	9509018931	I	2026/08/26	2026/08/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$261,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				**1**	**$261,600**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$261,600