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:	**SONIA CRISTINA CEBALLOS HIGUERA**			**CC:**	**52191429**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CRISPETA.CRISPETA@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3178933626**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 68 # 36 44 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**000570047746**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1134 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.656.500**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

SONIA CRISTINA CEBALLOS HIGUERA
PS_1134_2026_0FC289

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SONIA CRISTINA CEBALLOS HIGUERA
CC: 52191429
CEL: 3178933626

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			
SONIA CRISTINA CEBALLOS HIGUERA			
	CON C.C N°	**52.191.429**	
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 1134 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**210**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.439.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.656.500
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA		
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	REALIZO SELECTIVAS PERIODICAS,CONTROLO FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS,REALIZO SEMAFORIZACION DE DISPOSITIVOS Y MEDICAMENTO LASA,ALTO RIESGO.
2	HAGO 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,HAGO TOMA DE TEMPERATUR EN CADA TURNO QUE ME CORRESPOND
3	HAGO DISPENSACION DE MEDICAMENTO A PACIENTES POR CONSULTA EXTERNA,CERIFICANDO LA FORMULA MEDICA QUE CONRENGA LOS DATOS DEL PACIENTE CLARON AL IGUAL DATOS DE MEDICO TRATANTE Y VERIFICANDO MUY BIEN LOS MEDICAMENTOS FORMULADOS,TAMBIEN DISPENSO MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS,GARANTIZANDO QUE TODO QUEDE DEBIDAMENTE FACTURADO Y DESCARGADO DEL SISTEM
4	HAGO DESINFECCION DE LOS MUEBLES,NEVERA,ESTANTES DEL SERVIO EN CONJUNTO CON EL PERSONAL DE LIMPIEZA
5	BRINDO ATENCION ADECUADA A LOS PACIENTES,TENIENDO EMPEATIA CON ELLOS EXPLICANDO TODO LO RELACIONADO CON LA FORMULA QUE LES ESTOY DISPENSADO.
6	DENTRO DEL SERVICIO FARMACEUTICO UTILIZO LOS EPP,MANTENGO MI CABELLO RECOGIDO,UÑAS CORTAS SIN MAQUILLAJE,PORTO MI UNIFORME EN OPTIMAS CONDICIONES,DESECHO LOS RESIDUOS QUE GENERA EL SERVICIO EN SUS RESPECTIVAS CANECAS
7	HAGO 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 ANOMALIAS PRESENTADAS
8	SIEMPRE ASISTP A MIS TURNOS PROGRAMADOS Y SI SE LLEGA A PRESENTAR ALGUN INCPONVENIENTE INFOMO EL CAMBIO DE TURNO A MIS JEFES DE MANERA VERBA, MEDIANTE CARTA Y CORREO ELECTRONICO
9	ESTOY MUY PENDIENTE DE LAS FECHAS DE VENCIMIENTO E INFORMO A MI JEFE PARA TENER MUY ENCUENTA LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS CON FECHA PROXIMA DE VENCIMIENTO O BAJA ROTACION
10	REALIZO DISPENSACION DE MEDICAMENTO TENIENDO MUY EN CUENTA LOS 5 CORRECTOS.
11	ESTOY SIEMPRES DISPONIBLE Y DISPUESTA A REALIZAR MIS ACTIVIDADES A NECESIDAD DEL SERVICIO
12	HAGO HORAS ADICIONALES CUBRIENDO COMPENSATORIOS DEL PERSONAL DE PLANTA.

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° 1083635781	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	2026/08/12	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/12	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/12	$ 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	*SONIA CRISTINA CEBALLOS HIGUERA* *PS_1134_2026_0FC289* **SONIA CRISTINA CEBALLOS HIGUERA** **CC: 52191429**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA* *PS_1134_2026_0FC289* **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_1134_2026_0FC289* **MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-12, 11:10:57 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083635781

Periodo Cotización: julio de 2026 **Periodo Servicio:** julio de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823528322

PAGADO 12/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SONIA CRISTINA CEBALLOS HIGUERA		
Documento	CC52191429	**Dirección**	CR 68N #36 - 44 SUR BARRIO CARVAJAL
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3178933626
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	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 52191429	SONIA CRISTINA CEBALLOS HIGUERA	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS001) ALIANSALUD	$ 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	$ 700	$ 577.600

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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