

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS ANTONIO CHIVATA RINCON			CC:	80857660
CORREO ELECTRÓNICO:	CARLOSCHIVATA322@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3213249308
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 72 N 39 65 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24103451464
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1163 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.504.700	
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				
<div><div><div>CARLOS ANTONIO CHIVATA RINCON PS_1163_2026_6951AF</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CARLOS ANTONIO CHIVATA RINCON CC: 80857660 CEL: 3213249308</div></div>					

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

CARLOS ANTONIO CHIVATA RINCON

CON C.C N°

80.857.660

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 1163 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.411.600	No. HORAS EJECUTADAS	198
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 17.343.150	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.504.700
--	---------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN
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	12 horas adicionales por cubrimiento compensatorio personal de planta
2	participar en capacitaciones, inducciones o actividades que se realizan en la unidad.
3	Registrar actividades y procedimientos asignados en el sistema o formato correspondiente según el servicio. (CONDUCCIÓN DE CARPETA)
4	Ofrecer atención humana y de calidad con todos los usuarios que requieran el servicio farmacéutico.
5	Cumplir con las normas establecidas de bioseguridad, salud ocupacional y calidad en el servicio (uso de tapabocas, lavado de manos limpieza y desinfección)
6	Verificar fechas de vencimientos y así mismo verificar la rotación de medicamentos y dispositivos médicos.(PROXIMOS A VENCER Y ASEGURAR QUE SEAN LOS PRIMEROS EN SALIR)
7	Entrega de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo la normatividad
8	Apoyo a las actividades del servicio farmacéutico ambulatorio /hospitalario (dispensación de medicamentos y dispositivos médicos, toma de temperatura, salas de cirugía y demás funciones que requiere el servicio)
9	Cumplir con las actividades programadas o avisar con anticipación si se presenta algún cambo de dichas actividades.(PERMISO O CAMBIOS DE TURNO)
10	Recepción y almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos.
11	1 Apoyo a actividades de limpieza y desinfección y/organización del servicio farmacéutico

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° 1083684756	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/08/18	\$ 218.900

PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/18	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/18	\$ 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	<div><div>CARLOS ANTONIO CHIVATA RINCON</div><div>PS_1163_2026_6951AF</div><div>CARLOS ANTONIO CHIVATA RINCON</div><div>CC: 80857660</div></div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</div><div>PS_1163_2026_6951AF</div><div>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</div><div>SUPERVISOR ALTERNO</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</div><div>PS_1163_2026_6951AF</div><div>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		

Fecha creación reporte: 2026-08-18, 08:35:41 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla:

1083684756

Periodo Cotización:

julio de 2026

Periodo Servicio:

julio de 2026

PAGADO 18/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOS ANTONIO CHIVATA RINCON		
Documento	CC80857660	Dirección	CR 72N #39 - 65 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3213249308
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	TDE	TAE	TDP	TAP	TSP	COR	VST	SUN	IGE	LMA	VAC	NVT	AVT	NCT	IRP	Días AFP	Días EPS	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 80857660	CARLOS ANTONIO CHIVATA RINCON	57	00																			0	30	30	30	0	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2,436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800

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	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 0	\$ 541.800