**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:** | **FABIAN MURILLO PARRA** | | | **CC:** | **79418876** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **FABIAN25051967P@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3122662314** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 47A BIS SUR 10D 20** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO CAJA SOCIAL** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **24110758769** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1164 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.896.850** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/10/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31** | | | | |

*FABIAN MURILLO PARRA*
*PS_1164_2026_6197C4*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**FABIAN MURILLO PARRA**
**CC: 79418876**
**CEL: 3122662314**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **FABIAN MURILLO PARRA** | | | |
| | **CON C.C N°** | **79.418.876** | |
| **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 1164 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 9.411.600 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **229** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 24.591.600 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.896.850 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | NUEVE (9) 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 | Diligenciamiento del formato Errores de prescripción (Diariamente |
| 2 | Diligenciamiento del formato Ruvem (Diariamente). |
| 3 | Diligenciamiento del formato entrega de domicilio (medicamentos pendientes, fundaciones y adulto mayor). |
| 4 | Una vez la Regente realiza las llamadas para la entrega del medicamento, se realiza la digitación del medicamento en dinámica, se empaca, se deja marcado y diligenciado el formato para la entrega al día siguiente y sea llevado por el domiciliario. |
| 5 | Revisión de la totalidad de las fórmulas digitadas durante el turno de ese día, para evidenciar y corregir los errores de digitación que se pudieron dar. (Suministro vs formula). |
| 6 | Diligenciamiento de formato de registro de toma de temperatura, se realiza a diario. |
| 7 | Diligenciamiento de formato por entrega de turno MI-DT-FT-573, con conteo de medicamentos de control especial, de planificación, diclofenaco y dexametasona ampolla. |
| 8 | Limpieza y desinfección de estantería (a cargo de servicios generales), se desocupan los estantes, cajones y recipientes donde se encuentran almacenados los medicamentos y médico-quirúrgicos, una vez ya estén limpios se ordenan nuevamente y se colocan en el lugar correspondiente. (Se realiza los viernes y sábado en el turno noche). |
| 9 | Diligenciamiento del formato de limpieza y desinfección. |
| 10 | Limpieza y desinfección de la nevera el día asignado (Fin de semana). |
| 11 | Señalización de medicamentos LASA y alto riesgo, semaforización de los medicamentos próximos a vencer. |
| 12 | Selectivas de medicamentos y médico-quirúrgicos a cargo, tarea realizada todos los domingos de turno. Diligenciando el formato con toda la información solicitada. |
| 13 | Una vez se haya hecho la recepción técnica por parte de la Regente cuando llega pedido, se surte y almacena en el lugar correspondiente los medicamentos y médico-quirúrgicos. |
| 14 | Atención al servicio de urgencias (Dispensando y digitando de los medicamentos y médico-quirúrgicos solicitados por el personal de enfermería y médicos). |
| 15 | Atención a usuarios los días adicionales cubriendo el turno del auxiliar intermedio que hace falta en la farmacia (Dispensación, digitación y verificación en el sistema de información Dinámica Gerencial) |

**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° 8393861166 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | NUEVA EPS | 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** | *FABIAN MURILLO PARRA*<br>*PS_1164_2026_6197C4*<br>**FABIAN MURILLO PARRA**<br>**CC: 79418876** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA*<br>*PS_1164_2026_6197C4*<br>**ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO*<br>*PS_1164_2026_6197C4*<br>**MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** FABIAN MURILLO PARRA
**No. Identificación:** CC79418876
**Dirección:** CLL49ABISSUR#10B-20
**Telefono:** 6610432
**Correo:** fabian25051967p@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8393861166

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | FABIAN MURILLO PARRA | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC79418876 | **Periodo de Cotización Salud** | julio de 2026 |
| **Número de planilla** | 8393861166 | **Periodo de Cotización Pensión** | julio de 2026 |
| **Fecha pago** | 2026-08-12 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 93003128 | **Total Pagado** | 541800 |
| **Banco** | 1023 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA
8393861166

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-7 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | 42700 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 280200 | 1 |
| EPS037 | Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS | 218900 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79418876
APELLIDOS Y NOMBRES: FABIAN MURILLO PARRA

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 25-14 | 1750905 | 1750905 | 1750905 | 0 | 218900 | 0 | 280200 | 0 | 42700 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información