

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIAN ANDRES ALONSO SANCHEZ			CC:	1020768165
CORREO ELECTRÓNICO:	JULIAN775@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3004900081
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 136A 151B 52 T9			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24082632304
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1239 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.301.650	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31				
<div><div>JULIAN ANDRES ALONSO SANCHEZ PS_1239_2026_28DBCE</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULIAN ANDRES ALONSO SANCHEZ CC: 1020768165 CEL: 3004900081</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JULIAN ANDRES ALONSO SANCHEZ

CON C.C N° 1.020.768.165

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 1239 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.411.600	No. HORAS EJECUTADAS	261
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 24.553.650	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.301.650
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

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	SE REALIZAN ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN Y SEGUIMIENTO DE USO DE LOS MEICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, CON EL REGISTRO CORRESPONDIENTE.
2	SE VERIFICA E INFORMAN LAS DIFERENCIAS EN LOTES Y FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS INSUMOS, ASI COMO LOS INSUMOS PRÓXIMOS A VENCER, LUEGO DE HACER SU ROTACIÓN POR CONSUMO. SE REGISTRA EL CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD EN LOS LUGARES DE ALMACENAMIENTO DE INSUMOS. SE HACEN LAS SOLICITUDES DE LOS INUSMOS PARA MANTENER EL STOCK MINIMO DE LOS MISMOS. SE HACEN LAS RECEPCIONES TÉCNICAS DE LOS INSUMOS QUE SON RECIBIDOS O SE INFORMA AL REGENTE.
3	SE REALIZA INTERPRETACIÓN DE LA FORMULA, ALISTAMIENTO DE LOS PRODUCTOS, REGISTRO EN EL SISTEMA DINÁMICA Y SUMINISTRO ENTREGÁNDOSELOS AL PACIENTE O AL PERSONAL DEL SERVICIO. SE REGISTRA Y GESTIONAN LOS INSUMOS PENDIENTES Y SE REVISAN, REGISTRAN, ALISTAN Y ENTREGAN LOS TRASLADOS A LAS OTRAS UNIDADES.
4	SE MANTIENE LAS ÁREAS, SUPERFICIES Y MUEBLES DE ALMACENAMIENTO LIMPIOS Y ORGANIZADOS, CON EL APOYO DEL PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES O HACIENDO USO DEL KIT DE LIMPIEZA DEL ÁREA.
5	SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN. SE AYUDA A DIVULGAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS Y SE DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS QUE ATIENDO.
6	"SE REALIZA HIGIENE DE MANOS EN LOS MOMENTOS QUE NOS APLICAN SE DISPONE Y USAN LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REALIZAR UNA ADECUADA SEGREGACIÓN DE LOS RESIDUOS."
7	"SE RECIBE, INTERPRETA LA FORMULA, REVISAN LOS SOPORTES Y ALISTAN LOS MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL PBS, REGISTRANDO EN EL SISTEMA DINÁMICA EL SUMINISTRO Y ENTREGÁNDOSELOS AL PACIENTE SI ES DEL SERVICIO AMBULATORIO O AL PERSONAL DEL SERVICIO CUANDO ES HOSPITALARIO. SE REGISTRA Y GESTIONAN LOS INSUMOS PENDIENTES."
8	"SE HACE REGISTRO EN EL SISTEMA DE SOLICITUDES, SUMINISTROS A PACIENTES Y ORDENES DE DESPACHO. SE DILIGENCIAN LOS REGISTROS DE RUVEM, ERRORES DE PRESCRIPCIÓN, CONDICIONES AMBIENTALES Y DE LIMPIEZA, ASÍ COMO EL DE LA ENTREGA DE TURNO."
9	"SE PARTICIPA EN LA REUNIÓN DEL SERVICIO FARMACEUTICO. SE REALIZAN LAS REINDUCCIONES, CAPACITACIONES Y ENCUESTAS QUE SON INFORMADAS. "
10	SE CUMPLE CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASIGNADA POR LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO Y LOS CAMBIOS QUE SE PRESENTEN EN LA MISMA SON INFORMADOS POR ESCRITO AL DIRECTOR TÉCNICO DEL SERVICIO.
11	EN CASO DE PRESENTARSE NOVEDADES INFORMACIÓN CON ANTICIPACIÓN DICHA SITUACIÓN PARA LA PROVISIÓN DEL RESPECTIVO REEMPLAZO ,SE INFORMA AL DIRECTOR TÉCNICO DEL SERVICIO.
12	SE VERIFICA E INFORMAN LOS INSUMOS PRÓXIMOS A VENCER, LUEGO DE HACER SU ROTACIÓN POR CONSUMO
13	"SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN. SE DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS QUE ATIENDO."
14	ADICIONALES APOYO GRUPO SIN PERSONAL LOS DIAS 1, 2,16, 22 Y 30.

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° 9508606864	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/08/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	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 ningún 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>JULIAN ANDRES ALONSO SANCHEZ PS_1239_2026_28DBCE</div><div>JULIAN ANDRES ALONSO SANCHEZ CC: 1020768165</div></div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA PS_1239_2026_28DBCE</div><div>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA 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 PS_1239_2026_28DBCE</div><div>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																								
Identificación			dv	Razon Social						Clase Aportante					Sucursal Principal				Direccion				Ciudad-Departamento				Teléfono		Exonerado SENA e ICBF											
CC 1020768165				ALONSO SANCHEZ JULIAN ANDRES						INDEPENDIENTE					PRINCIPAL				KR136A 151B 52 T9 AP501				BOGOTA-BOGOTA D.E.				4623762		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	559776636			9508606864			I		2026/08/19		2026/08/12		NEQUI			0		\$576,900																				
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																								
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFI							
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vsp	pcr	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	A					
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																								\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700			\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																								\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700			\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																								\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700			\$0
1	CC	1020768165	ALONSO JULIAN																	23030	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS002	30	\$1,750,905	\$218,900	CCF24	30	\$1,750,905	\$35,100	14-23	30	\$1,750,905	2.436%	\$42,700	30	\$0		
Total Afiliados(1)																								\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700			\$0

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				1	\$576,900	\$0	\$0	\$576,900