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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ADRIANA HUERTAS PINILLA**			**CC:**	**52268661**
CORREO ELECTRÓNICO:	**AHUERTAS.IPS.HCO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3142358840**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 81 BIS # 18A 14**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488405335511**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1120 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.277.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

ADRIANA HUERTAS PINILLA
PS_1120_2026_3545AD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ADRIANA HUERTAS PINILLA
CC: 52268661
CEL: 3142358840

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			
ADRIANA HUERTAS PINILLA			
	CON C.C N°	**52.268.661**	
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 1120 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.883.200	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.277.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA		

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	CUBRE NOCHE IMPAR, DEL MES SEPTIEMBRE 2026 TOTAL 180 HORAS
2	REALIZO SELECTIVAS PERIODICAS, CONTROL O FECHAS DE VENCIMIENTO; LOTES DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS,REALIZO SEMAFORIZACION DE DISPOSITIVOS Y MEDICAMENTO LASA y ALTO RIESGO.
3	REALIZO 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,REALIZO TOMA DE TEMPERATURA EN CADA TURNO.
4	REALIZO DESINFECCION DE LOS MUEBLES,NEVERA, ESTANTES DEL SERVICIO EN CONJUNTO CON EL PERSONAL DE LIMPIEZA. RUTINARIA Y TERMINAL DE LAS AREAS A CARGO
5	REALIZO DISPENSACION DE MEDICAMENTO (A PACIENTES POR CONSULTA EXTERNA) Y PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS, VERIFICANDO LA FORMULA MEDICA QUE CONTENGA LOS 10 CORRECTOS :LOS DATOS DEL PACIENTE AL IGUAL DATOS DE MEDICO TRATANTE Y VERIFICANDO MUY BIEN LOS MEDICAMENTOS DISPENSADOS FORMULADOS.
6	BRINDO ATENCION ADECUADA A LOS PACIENTES,TENIENDO EMPATIA CON ELLOS EXPLICANDO TODO LO RELACIONADO CON LA FORMULA QUE LES ESTOY DISPENSADO.
7	DENTRO DEL SERVICIO FARMACEUTICO UTILIZO LOS EPP,MANTENGO MI BUENA PRESENTACION PERSONAL ; UÑAS CORTAS,PORTO MI UNIFORME EN OPTIMAS CONDICIONES, DESECHO LOS RESIDUOS QUE GENERA EL SERVICIO EN SUS RESPECTIVAS CANECAS.
8	REALIZO 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 NOVEDADES PRESENTADAS.
9	REALIZO PRESENCIA ACTIVA EN LAS DIFERENTES REUNIONES DEL SERVICIO ASI MISMO A LAS CAPACITACIONES QUE SE PROGRAMAN DENTRO Y FUERA DE MI HORARIO.
10	SIEMPRE ASISTO A MIS TURNOS PROGRAMADOS Y SI SE LLEGA A PRESENTAR ALGUN INCONVENIENTE INFORMO EL CAMBIO DE TURNO A MIS JEFES DE MANERA VERBAL, MEDIANTE CARTA Y CORREO ELECTRONICO.
11	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.
12	REALIZO DISPENSACION DE MEDICAMENTO TENIENDO MUY EN CUENTA LOS 5 CORRECTOS.
13	ESTOY SIMPRE A TENTA EN LAS DIFERENTES ACTUALIZACIONES SOBRE :GESTION ESTRATEGICA, GESTION MISIONAL, GESTION APOYO, SEGURIDAD DEL PACIENTE, Y GESTION DEL RIESGO.

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1084347037	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/09/10	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/10	$ 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	*ADRIANA HUERTAS PINILLA* *PS_1120_2026_3545AD* **ADRIANA HUERTAS PINILLA** **CC: 52268661**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA* *PS_1120_2026_3545AD* **ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA* *PS_1120_2026_3545AD* **MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-10, 08:24:24 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084347037

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823892446

PAGADO 10/09/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADRIANA HUERTAS PINILLA		
Documento	CC52268661	**Dirección**	CL 81BIS #18 A - 14
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3142358840
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	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 52268661	ADRIANA HUERTAS PINILLA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 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

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.