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:	**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					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1163 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**				

CARLOS ANTONIO CHIVATA RINCON
PS_1163_2026_02C34C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CARLOS ANTONIO CHIVATA RINCON
CC: 80857660
CEL: 3213249308

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			
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**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.112.200	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.277.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
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	1. APOYAR LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO FARMACEUTICO CUMPLIENDO CON EL ADECUADO MANEJO Y CONTROL DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE
2	2. RECEPCIONAR Y ALMACENAR LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS, REALIZANDO CONTROLES DE CONDICIONES AMBIENTALES Y DE INVENTARIOS MENSUALMENTE EN LAS FARMACIAS Y BODEGAS ASIGNADAS.
3	3. ENTREGAR LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS, CON EL REGISTRO CORRESPONDIENTE Y LLEVANDO PUNTOS DE CONTROL DEFINIDOS EN LA DOCUMENTACION, VERIFICANDO ESPECIALMENTE CONDICIONES ESPECIALES PARA LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS.
4	4. APOYAR ACTIVIDADES DE LIMPIEZA Y ORGANIZACION DEL SERVICIO, CONFORME A PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
5	5. OFRECER UNA ATENCION HUMANA, CALIDA Y DILIGENTE CON TODOS LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO DE FARMACIA.
6	6. CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTION AMBIENTAL.
7	7. LLEVAR REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS QUE SE LE ASIGNEN, SEGUN LOS FORMATOS O SISTEMA DE INFORMACION DEL PROCESO, ASI COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES DEFINIDOS POR LA ENTIDAD Y AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO
8	8. PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES Y EVENTOS A LOS QUE SEA CONVOCADO
9	9. CUMPLIR LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO, NOTIFICANDO LOS CAMBIOS A LA MISMA CON ANTICIPACION DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR LA ENTIDAD Y CON EL OBJETO DEL CONTRATO.
10	10. CONTROLAR LA ROTACION DE LAS FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS Y DEMOSTRANDO GESTION REALIZADA PARA EVITAR PERDIDAS.
11	11. INFORMAR AL USUARIO DEL SERVICIO FARMACEUTICO, TENIENDO EN CUENTA LOS CORRECTOS DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS.
12	12. IMPLEMENTAR LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED.
13	13. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACION REALIZADA POR EL SUPERVISOR.

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° 1084453614	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/09/13	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/13	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/13	$ 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	*CARLOS ANTONIO CHIVATA RINCON* *PS_1163_2026_02C34C* **CARLOS ANTONIO CHIVATA RINCON** **CC: 80857660**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA* *PS_1163_2026_02C34C* **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_1163_2026_02C34C* **MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-16, 08:32:46 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084453614

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026

PAGADO 13/09/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

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	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 80857660	CARLOS ANTONIO CHIVATA RINCON	57	00																	0	30	30	30	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

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.