

		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:	LEIDY CAROLINA FANDIÑO PIÑERES			CC:	1010215710
CORREO ELECTRÓNICO:	CAROLINAFANDINO1994@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3118847074
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 2 BIS 1A 25			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488421297323
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1278 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.681.800	
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				
<div><div>LEIDY CAROLINA FANDIÑO PIÑERES PS_1278_2026_BBE30B</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEIDY CAROLINA FANDIÑO PIÑERES CC: 1010215710 CEL: 3118847074</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LEIDY CAROLINA FANDIÑO PIÑERES

CON C.C N°1.010.215.710

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 1278 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.411.600	No. HORAS EJECUTADAS	212
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 23.440.450	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.681.800
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	26 HORAS ADICIONALES APOYO SERVICIO FARMACEUTICO
2	Registrar actividades y procedimientos asignados en el sistema o formato correspondiente según el servicio. (CONDUCCIÓN DE CARPETA)
3	Entrega de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo la normatividad
4	Ofrecer atención humana y de calidad con todos los usuarios que requieran el servicio farmacéutico.
5	Recepción y almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos.
6	Cumplir con las normas establecidas de bioseguridad, salud ocupacional y calidad en el servicio (uso de tapabocas, lavado de manos limpieza y desinfección)
7	participar en capacitaciones, inducciones o actividades que se realizan en la unidad.
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	Verificar fechas de vencimientos y así mismo verificar la rotación de medicamentos y dispositivos médicos.(PROSIMOS A VENCER Y ASEGURAR QUE SEAN LOS PRIMEROS EN SALIR)
10	Apoyo a actividades de limpieza y desinfección y/organización del servicio farmacéutico.(ambulatorio, hospitalario)
11	Cumplir con las actividades programadas o avisar con anticipación si se presenta algún cambio de dichas actividades.(PERMISO O CAMBIOS DE TURNO)

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° 9509642800	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/09	\$ 218.900

PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/09	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/09	\$ 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>LEIDY CAROLINA FANDIÑO PIÑERES</div><div>PS_1278_2026_BBE30B</div><div>LEIDY CAROLINA FANDIÑO PIÑERES</div><div>CC: 1010215710</div></div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA</div><div>PS_1278_2026_BBE30B</div><div>ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA</div><div>SUPERVISOR ALTERNO</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA</div><div>PS_1278_2026_BBE30B</div><div>MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010215710		FANDIÑO PIÑERES LEIDY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 BIS 1A 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-08	2026-08	639149685		9509642800	I	2026/09/03	2026/09/09	BANCO DAVIVIENDA	\$544,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO			PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700	\$0
1	CC 1010215710	FANDIÑO LEIDY	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$218,900	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010215710		FANDIÑO PIÑERES LEIDY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 BIS 1A 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-08	2026-08	639149685	9509642800	I	2026/09/03	2026/09/09	BANCO DAVIVIENDA	\$544,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,300						\$0
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$1,300	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$200						\$0
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$200	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,000						\$0
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$1,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
TOTAL				1	\$541,800	\$2,500	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

FOR A PAGAR
\$281,500
\$281,500
\$42,900
\$42,900
\$219,900
\$219,900
\$544,300