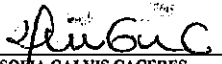
 <div> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION </div>		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
DINA SOFIA GALVIS CACERES			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		32.844.727	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO QUIMICO FARMACEUTICO 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 N°:		PS 3027 2025	FECHA INICIO CONTRATO: 1/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 9.634.428	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	DOS (2) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.634.428	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.697.780
N° DE INFORME:	I	N° CRP:	4954
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS:	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL E EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN:	ADICIONES () PRORROGAS ()
VALOR ADICIONADO:	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS			
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA:	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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 HACE LA CONSOLIDACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE: SELECTIVAS, COMPLETITUD DE PEDIDO, OPORTUNIDAD DE ENTREGA (HOSPITALARIO, AMBULATORIO Y URGENCIAS) Y ERRORES DE PRESCRIPCIÓN. INFORME DE CONSOLIDACIÓN DE INVENTARIOS. ACOMPAÑAMIENTO Y RESPUESTA A LAS VISITAS EXTERNAS DE EPS Y ENTES DE CONTROL Y A PROCESOS INTERNOS (CALIDAD, CONTROL INTERNO, EPIDEMIOLOGÍA ENTRE OTROS). IMPLEMENTACIÓN DEL SDMDU EN CADA UNA DE LAS UNIDADES: NPT, MAGISTRALES Y REEMPAQUE.		
2	SE APOYA CON LA ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA, CON SU RESPECTIVA SOCIALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN.		
3	SE REPORTAN LOS SUCESOS DE SEGURIDAD POR LOS DIFERENTES CANALES DEFINIDOS POR LA INSTITUCIÓN, APOYANDO CON LA INFORMACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS Y LA CONSOLIDACIÓN DE ESTADÍSTICAS Y ANÁLISIS DE LAS MISMAS, PARA EL MEJORAMIENTO DEL SERVICIO.		
4	SE REALIZA REUNIÓN Y CAPACITACIÓN SOBRE LA RETROALIMENTACIÓN DE LOS SUCESOS PRESENTADOS EN CADA UNIDAD Y LAS BARRERAS DE SEGURIDAD A IMPLEMENTAR.		
5	SE SOCIALIZAN LAS ALERTAS SANITARIAS EMITIDAS POR EL INVIMA (PERTINENTES), SE REVISAN ALERTAS DE DESABASTECIMIENTO Y EN CASO DE PRESENTARSE LAS ACTAS DE LAS MESAS DE TRABAJO CON LOS SERVICIOS Y SOCIALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN A LA UNIDAD RESPECTIVA.		
6	SE APOYA CON LA ACTUALIZACIÓN A LOS DIFERENTES DOCUMENTOS DEL SERVICIO PARA LA MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO FARMACEUTICO.		
7	SE PARTICIPA EN EL COMITÉ DE FARMACIA, DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE INFECCIONES DE LA UNIDAD DE FORMA MENSUAL. DIVULGANDO CON EL EQUIPO DE TRABAJO LA INFORMACIÓN TRATADA EN LOS COMITES.		
8	SE CUMPLE Y HACE SEGUIMIENTO DE ADHERENCIA A LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS DEL SERVICIO FARMACEUTICO Y DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES CON LOS QUE NOS RELACIONAMOS, LLEVANDO REGISTRO COMPLETO EN LOS FORMATOS DE LOS MISMOS. SE APOYA CON LA ELABORACIÓN DE CRONOGRAMAS DE TRABAJO COMO: REVISIÓN DE CARROS DE PARO Y CAPACITACIONES. ACTUALIZACIÓN EN DINÁMICA DE PARÁMETROS DEFINIDOS PARA MEDICAMENTOS (CREACIÓN DE PRODUCTOS, INFORMACIÓN GENERAL, CUBRIMIENTO DE PBS Y REGULACIÓN DE PRECIOS).		
9	CUANDO SE PRESENTEN PROCESOS DE SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS SE APOYA CON LA EVALUACIÓN TÉCNICA, RESPUESTA A OBSERVACIONES Y CONSOLIDACIÓN DE LAS PROPUESTAS PRESENTADAS.		
10	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 ATIENDE.		
11	SE REALIZA HIGIENE DE MANOS EN LOS MOMENTOS QUE NOS APLICAN. SE DISPONE Y USAN LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SE REALIZA UNA ADECUADA SEGRREGACIÓN DE LOS RESIDUOS. SE HACE SEGUIMIENTO E IMPLEMENTA ACCIONES DE MEJORA A LAS OBSERVACIONES REALIZADAS POR LAS RONDAS REALIZADAS POR EPIDEMIOLOGÍA Y DE GESTIÓN AMBIENTAL. CAPACITANDO Y RETROALIMENTANDO AMBOS TEMAS CON SUS RESPECTIVAS ACTAS DE SOCIALIZACIÓN.		
12	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES SEGÚN EL ROL ASIGNADO DE: BPM DE GASES: DIRECTOR TÉCNICO: ORDEN DE PRODUCCIÓN DE LOTE, LIBERACIÓN DE LOTE Y ANÁLISIS DE DESVIACIONES, CUSTODIA DE DOCUMENTACIÓN: JEFE DE CALIDAD: DESPEJE DE LÍNEA, CONTROL DE CALIDAD TRAS LIBERACIÓN DE LOTE EN PLANTA Y PUNTOS DE USO, ASÍ COMO ANÁLISIS DE DESVIACIONES. RECEPCIÓN TÉCNICA DE REACTIVOS PARA CONTROL DE CALIDAD, SUPLENTE: ACTIVIDADES DE JEFE DE CALIDAD Y DIRECTOR TÉCNICO. PARA BPC: PARTICIPACIÓN EN EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN, REGISTROS DE CUSTODIA Y MANEJO DE MEDICAMENTOS DE INVESTIGACIÓN Y PRESENTACIÓN DE INFORME.		
13	SE PARTICIPA EN LAS MESAS DE TRABAJO DE EPIDEMIOLOGÍA (PRECOMITÉ DE INFECCIONES), SEGURIDAD DEL PACIENTE, ACREDITACIÓN Y DE ESPECIALIDADES.		
14	SE REALIZAN LOS CUADROS DE TURNO PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y EL CUADRO DE ACTIVIDADES PARA EL PERSONAL DE OPS; Y SE VERIFICA SU CUMPLIMIENTO CON LA REVISIÓN DE LAS CUENTAS DE COBRO E INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES.		
15	SE ELABORAN LOS INFORMES MENSUALES DE: MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL, ANTIMICROBIANOS, OSELTAMIVIR, VIH Y SISMOE.		
16	SE PARTICIPA EN LA REUNIÓN DEL SERVICIO FARMACEUTICO. REUNIONES MENSUALES DEL SERVICIO FARMACEUTICO PARA RETROALIMENTAR TEMAS DEL SERVICIO (POR UNIDAD CON AUXILIARES- REGENTES Y POR PROCESO QUÍMICOS- REGENTES). SE REALIZAN LAS REINDUCCIONES, CAPACITACIONES Y ENCUESTAS QUE SON INFORMADAS.		
17	SE PROGRAMA LA REALIZACIÓN DE SELECTIVAS E INVENTARIO ANUAL DE LA FARMACIA ASIGNADA, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL PROCEDIMIENTO DE INVENTARIO Y DE LOS CONTROLES APLICADOS.		
18	SE REALIZAN INTERVENCIONES FARMACEUTICAS COMO: CONSULTAS, RONDAS, PERFILES FARMACOTERAPEUTICOS O RECONCILIACIÓN.		
19	SE CUMPLE CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASIGNADA.		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
N° DE PLANILLA:	9479218529	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO:	ENTIDAD:	FECHA DE PAGO:	VALOR PAGADO:
SALUD	SANITAS	17/01/2025	\$ 286.400
PENSIÓN	PROTECCION	17/01/2025	\$ 366.600
RIESGOS LABORALES	SURA	17/01/2025	\$ 55.900
OTRO:			
TOTAL PAGADO:			\$ 708.900
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1. Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 afiliación a eps, arl, pensión, rui) 3. Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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 evidencia fotográfica y/o documental que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
 DINA SOFIA GALVIS CACERES CC: 32.844.727 CEL: 318 397 9310			

 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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:		DINA SOFIA GALVIS CACERES		CC:	32841727	
CORREO ELECTRÓNICO:		DIGA02@HOTMAIL.COM		RUT (NIT):	N/A	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CALLE 78F N° 112F - 39		TELÉFONO:	318 397 9310	
				CIUDAD:	BOGOTÁ D.C	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.						
NO tomaré costos y deducciones				(X)		
SI tomaré costos y deducciones				()		
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y						
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación				SI ()	NO (X)	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		BANCO DE BOGOTÁ				
NOMBRE DEL BANCO: (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		N/A		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
						032333197
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERÍODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 3027 2025	N° CDP:	1	N° RP:	4954	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (2) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	28/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 9.634.428	
PERÍODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERÍODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 5.697.780					
CINCO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS						
 DINA SOFIA GALVIS CACERES C.C. 32.844.727 cel: 318 397 9310						

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
NOMBRE DEL CONTRATISTA				DINA SOFIA GALVIS CACERES			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				32.844.727			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO QUIMICO FARMACEUTICO 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 N°		PS 3027 2025		FECHA INICIO CONTRATO		1/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$				9.634.428,00	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES		\$		9.634.428,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 5.697.780	
N° PAGO / N° DE INFORME		(1 de 1)		N° CRP INICIAL: 4954		N° CDP INICIAL DEL CONTRATO: 1	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (2) MESES					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL		(N°9479218529)		OPERADOR:		APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		SERVICIO FARMACEUTICO					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO				DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN		N° (-)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA)		ADICIÓN () PRORROGA ()	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN		TIEMPO PRORROGADO: (MESES O DIAS)	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN		TIEMPO PRORROGADO: (MESES O DIAS)	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN		TIEMPO PRORROGADO: (MESES O DIAS)	
III. POLIZAS (SI/NO)							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X	
N° DE POLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA POLIZA:		N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A	
IV. 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 (01/01/2025) AL (31/01/2025)							
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:				NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
				NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LUIS ALEJANDRO JIMENEZ ARDILA PERFIL: APOYO ADINISTRATIVO			

L APORTANTE

Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
GALVIS CACERES DINA SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 78 F N 112 F 39	BOGOTA-BOGOTA D.E.	51006310	No

LA LIQUIDACION

Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago
120127038	9479218529	I	2025/01/09	2025/01/17
			Limite	Banco
			2025/01/09	BANCO DE BOGOTA
				Dias Mora
				8
				Valor
				\$708,900

TABLA DE APORTES									
PENSION				SALUD				CCF	
Nombre	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Afiliados			\$2,279,112	\$364,700			\$2,279,112	\$284,900	
CIPAL (1 Afiliados)			\$2,279,112	\$364,700			\$2,279,112	\$284,900	
GOTA D.E. (1 Afiliados)			\$2,279,112	\$364,700			\$2,279,112	\$284,900	
ALVIS DINA	230701	30	\$2,279,112	\$364,700	EPS005	30	\$2,279,112	\$284,900	14-11
us(1)			\$2,279,112	\$364,700			\$2,279,112	\$284,900	
RIESGOS				PARAFISCALES					
Nombre	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Afiliados			\$2,279,112	\$55,600			\$2,279,112	\$55,600	
CIPAL (1 Afiliados)			\$2,279,112	\$55,600			\$2,279,112	\$55,600	
GOTA D.E. (1 Afiliados)			\$2,279,112	\$55,600			\$2,279,112	\$55,600	
ALVIS DINA	230701	30	\$2,279,112	\$55,600	14-11	30	\$2,279,112	\$55,600	
us(1)			\$2,279,112	\$55,600			\$2,279,112	\$55,600	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 32844727		GALVIS CACERES DINA SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 78 F N 12 F 39	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5100630	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor	
2024-12	2024-12	1201227038	9479218529	1	2025/01/09	2025/01/17	BANCO DE BOGOTA	8	\$708,900
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$364,700	\$1,900	\$0	\$366,600
PROTECCION		230201	800,229,739	0	1	\$364,700	\$1,900	\$0	\$366,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$55,600	\$300	\$0	\$55,900
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	1	\$55,600	\$300	\$0	\$55,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$284,900	\$1,500	\$0	\$286,400
SANTITAS		EPS005	800,251,440	6	1	\$284,900	\$1,500	\$0	\$286,400
TOTAL				1		\$705,200	\$3,700	\$0	\$708,900