Secretaría Distrital 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 DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	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: ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.070.627.129	
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 No.	PS 3140 2025		FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.634.428	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.512.008		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 5.076.204	
Nº DE INFORME:	3 de 3	Nº CRP:	7297	Nº CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO 4 MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO		DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1	PRORROGAS	1	
VALOR ADICIONADO	$ 10.877.580	CDP DE LA ADICIÓN:	631	CRP DE LA ADICIÓN:	11091	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES

III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	x	
Nº DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	FECHA DE APROBACIÓN:		NA	

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	SE HACE LA CONSOLIDACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE: SELECTIVAS, COMPLSTITUD DE PEDIDO, OPRTUNIDAD DE ENTREGA (HOSPITALARIO, AMBULATORIO Y URGENCIAS) Y ERRORES DE PRESCRIPCIÓN. INFORME DE CONSOLIDACIÓN DE INDICADORES
2	SE APOYA CON LA ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA; CON SU RESPECTIVA SOCILIZACIÓN S 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 MEJORMIENTO 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 REFECTIVA.
6	SE APOYA CON LA ACTUALIZACIÓN A LOS DIFERENTES DOCUMENTOS DEL SERVICIO PARA LA MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO FARMACUETICO.
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 FARMACÉUTICO Y DE LOS PROCESOS TRASNVERSALES CON LOS QUE NOS RELACIONAMOS, LLEVANDO REGISTRO COMPLETO EN LOS FORMATOS DE LOS MISMOS.
9	CUANDO SE PRESENTEN PROCESOS DE SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS SE APOYA CON LA EVALAUCIÓN 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 ATIENDO.
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 SEGREGACIÓN DE LOS RESIDUOS. SE HACE SEGUIMIENTO E IMPLEMENTA ACCIONES DE MEJORA A LAS OBSERVACIONES REALIZADAS POR LAS RONDAS REALIZADAS POR EPIDEMIOLOGIA Y DE GESTIÓN AMBIETAL.
12	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES SEGÚN EL ROL ASIGNADO DE: BPM DE OASES: 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 LIBERACION DE LOTE EN PLANTA Y PUNTOS DE USO, ASÍ COMO
13	SE PARTICIPA EN LAS MESAS DE TRABAJO DE EPIDEMIOLOGÍA (PRECOMITE 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 SISMED.
16	SE PARTICIPA EN LA REUNIÓN DEL SERVICIO FARMACEUTICO. REUNIONES MENSUALES DEL SERVICIO FARMACÉUTICO 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 CONO; CONSULTAS, RONDAS, PERFILES FARMACOTERAPEUTICOS O RECONCILIACIÓN.
19	SE CUMPLE CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASIGNADA.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	1071058776	OPERADOR:	PAGO SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	10/03/2025	$	240.900
PENSIÓN:	PROTECCION	10/03/2025	$	308.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/03/2025	$	47.000
OTRO			$	
	TOTAL PAGADO		$	596.300

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 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 requiere como una de las obligaciones del contrato)

1. Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente.

Andrés Santiago Solórzano Rivera
CC. 1070627129
CEL. 3222725651

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-078** **VERSIÓN: 2**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.070.627.129				
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 No.	**PS 3140 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				9.634.428,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 20.512.008,00		**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**		**$** 5.076.204,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3 de 3	**Nº CRP INICIAL:**	7297	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO 4 MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1071058776	**OPERADOR:**	PAGO SIMPLE		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	SERVICIO FARMACEUTICO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**		ADICION (1)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	**$** 10.877.580	**CDP DE LA ADICIÓN:**	631	**RP DE LA ADICIÓN:** 11091	**TIEMPO PRORROGADO:** 2 MESES
III. POLIZAS (SI APLICA)					
PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
Nº DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		NA	

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 (01/03/2025) AL (31/03/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO** **CARGO:** DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 **ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA** **PERFIL:** APOYO ADMINISTRATIVO

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: (31/03/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA	**CC:**	1070627129
		RUT (NIT):	N/A
CORREO ELECTRÓNICO:	santiagorivera9924@gmail.com	**TELÉFONO:**	3222725651
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 11 n° 88a-61	**CIUDAD:**	BOGOTA 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:	**BANCOLOMBIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**547-00006653**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 3140 2025**	**N° CDP:**	**631**	**N° RP:**	**11091**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** **CUATRO 4 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO:	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** **$ 20.512.008**

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025**
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN: (LETRAS Y NUMEROS)	**$ 5.076.204**
	CINCO MILLONES SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUATRO

ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA
C.C 1070627129
cel: 3222725651

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACIÓN CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-10 12:52:37 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES 1071058776 Numéro Planilla: 1071058776

Periodo Cotización: febrero de 2025 Periodo Servicio: febrero de 2025 Referencia pago (PIN): 8822975406

PAGADO 10/03/2025

S DEL APORTANTE

ocial	ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA		
nto	CC1070627129	Dirección	CL 11 #84 A - 61
Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3222725651
rsona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
ntante Legal		Identificación	
iliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

LLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																							Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	RET PD	INTMORA	INTTARDE	INTEXT	SANCEXT	SANCOR	SANVST	SANLIN	SANREG	CLIMA	LMA	VSP	SUSPEN	Días IGE	Días RET	Días VSP	Días SUS	Días INT	Días LMA	Días SLN	Días ING	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 Mineducación	
ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA	59	00							X									0	30	30	30	0				(230201) PROTECCION	$ 1.926.886	$ 308.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.926.886	$ 240.900	2,436	$ 1.926.886	$ 47.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 596.300

TALES

	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
.926.886	$ 1.926.886	$ 1.926.886	$ 0	$ 308.400	$ 240.900	$ 47.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 596.300	$ 0	$ 596.300

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.