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 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

KANDY LORENA GONZALEZ JIMENEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.033.780.137				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO QUÍMICO FARMACÉUTICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2889 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.135.384	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 36.732.372		**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**	$ 6.067.692	
Nº DE INFORME:	Nº 4	**Nº CRP:**	7182	**Nº CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO		DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	2	**PRORROGAS**	2	
VALOR ADICIONADO	$ 12.135.384	**CDP DE LA ADICIÓN:**	631	**CRP DE LA ADICIÓN:**	11068	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 12.461.604	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	x	
Nº DE POLIZA:	0	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A	
FECHA DE LA POLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA	

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)

ITEM	
1	ELABORAR DIAGNÓSTICO DEL SERVICIO FARMACÉUTICO ASIGNADO Y MANTENER O GESTIONAR LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN DEL MISMO.
2	REALIZAR LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA Y SU MANTENIMIENTO, DIVULGANDO Y CAPACITACITANDO SOBRE EL USO DE MEDICAMENTOS, BOLETINES DE SEGURIDAD, INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS E INFORMES.
3	APOYAR LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO FARMACÉUTICO Y FARMACOVIGILANCIA.
4	PARTICIPAR EN LOS COMITÉS DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA, DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, DE INFECCIONES, DE INVENTARIOS Y A LOS QUE SEAN INVITADOS.
5	APLICAR LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED.
6	APOYAR LA SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS POR MEDIO DE ESTUDIOS DE MERCADO Y EVALUACIÓN TECNICA DE LOS PROCESOS DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.
7	OFRECER UNA ATENCIÓN HUMANA, CÁLIDA Y DILIGENTE A LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO.
8	CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL.
9	EJERCER DIRECCION TECNICA, DE APOYO O SUPLENCIA EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA DE MEDICAMENTOS, BUENAS PRACTICAS DE ELABORACION DE MEDICAMENTOS Y BUENAS PRACTICAS CLINICAS.
10	PARTICIPAR EN GRUPOS MULTIDISCIPLINARIOS E INTERDISCIPLINARIOS A LOS QUE SEA INVITADO.
11	REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS AL PERSONAL DEL SERVICIO FARMACEUTICO A CARGO.
12	ELABORAR Y PRESENTAR INFORMES RELACIONADOS CON EL SERVICIO FARMACÉUTICO A ENTES DE CONTROL Y LOS REQUERIDOS INTERNAMENTE POR LA SUBRED. VERIFICACIÓN, REALIZACIÓN Y ENVIÓ DE INFORME MENSUAL A EL FNE.
13	PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.
14	ELABORAR Y VERIFICAR LOS INVENTARIOS SELECTIVOS EN LA FARMACIA Y/O BODEGA, MENSUALMENTE APLICANDO LOS CONTROLES ESTABLECIDOS. REALIZAR INVENTARIO POR ÁREAS MENSUALMENTE
15	ORIENTAR AL USUARIO DEL SERVICIOS FARMACEUTICO, SOBRE EL USO ADECUADO DE LOS MEDICAMENTOS POR MEDIO DE UNA ATENCION FARMACEUTICA.
16	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN DEL SUPERVISOR. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO
17	PLANIFICAR, ORGANIZAR, DIRIGIR, COORDINAR Y CONTROLAR LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y GASES MEDICINALES OFRECIDOS A LOS PACIENTES Y A LA COMUNIDAD EN GENERAL, CON EXCEPCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.
18	PREVER FACTORES DE RIESGO DERIVADOS DEL USO INADECUADO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y GASES MEDICINALES, ASÍ COMO LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON SU USO.
19	EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DE CONTROL Y SEGUIMIENTO AL INVENTARIO DEL SERVICIO FARMACÉUTICO CORRESPONDIENTE A MEDICAMENTOS Y MEDICO QUIRURGICOS, MEDIANTE EL CONTROL DE INGRESO Y EGRESO DE LOS ELEMENTOS CON EL CARGUE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL; IMPACTANDO TAMBIÉN EN EL CONTROL DE FECHAS DE CADUCIDAD
20	ESTABLECER UN SISTEMA DE ALERTAS TEMPRANAS PARA PRODUCTOS PROXIMOS A VENCER, OPTIMIZANDO LA GESTION DE DEVOLUCIONES Y LA GESTION DE STOCKS MINIMOS Y MAXIMOS
21	ANALIZAR LAS CAUSAS DE LA GLOSA POR MEDICAMENTOS Y DISOSITIVOS MEDICOS, IMPLEMENTANDO ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA GLOSA, OPTIMIZAR LA FACTURACION Y MEJORAR LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LA INFORMACION.
22	EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DE CONTROL Y SEGUIMIENTO AL INVENTARIO DEL SERVICIO FARMACÉUTICO CORRESPONDIENTE A MEDICAMENTOS Y MEDICO QUIRÚRGICOS, MEDIANTE EL CONTROL DE INGRESO Y EGRESO DE LOS ELEMENTOS CON EL CARGUE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL; IMPACTANDO TAMBIÉN EN EL CONTROL DE FECHAS DE CADUCIDAD PARA EVITAR SU VENCIMIENTO.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9484540710	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR	10/04/2025	$ 313.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/04/2025	$ 408.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	10/04/2025	$ 61.100
OTRO	COLSUBSIDIO	10/04/2025	$ 50.200
	TOTAL PAGADO		$ 825.400

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 requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Kandy Lorena Gonzalez

KANDY LORENA GONZALEZ JIMENEZ
CC: 1033780137
CEL: 3144635603

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: (30/04/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	KANDY LORENA GONZALEZ JIMENEZ	**CC:**	1033780137
		RUT (NIT):	N/A
CORREO ELECTRÓNICO:	GJ.LORENA@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3144635603
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 62C SUR # 19C 12	**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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**570002470130788**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 2889 2025**	**Nº CDP:**		**Nº. RP:**		**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** **SEIS (6) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACION CONTRATO**		**30/06/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** **$ 36.732.372**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$ 6.067.692** **SEIS MILLONES SESENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS**					

Kandy Lorena Gonzalez

KANDY LORENA GONZALEZ JIMENEZ
C.C 1033780137
cel: 3144635603

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** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA	KANDY LORENA GONZALEZ JIMENEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.032.390.437

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 2889 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	12.135.384,00			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	36.732.372,00	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	6.067.692
N° PAGO / N° DE INFORME:	4	**N° CRP INICIAL:** 7182	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**		1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9484540710	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	SERVICIO FARMACEUTICO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (2)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (2)	PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	**$ 12.135.384**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**631**	**RP DE LA ADICIÓN:**	11068	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	**$ 12.461.604**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X
N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		XX

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 (01/04/2025) AL (30/04/2025)

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:
DIRECTORA TECNICA (1 DE ABRIL AL 21 DE ABRIL)

Yudi Milena Baconegra G.
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

PERFIL:
DIRECTORA TECNICA (22 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL)

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA
PERFIL:
REFERENTE SERVICIO FARMACEUTICO

aportes en línea

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 1033780137		GONZALEZ JIMENEZ KANDY LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagonal 62 c sur #19c 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3144635603	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1400741123	9484540710	I	2025/04/09	2025/04/10	BANCO DAVIVIENDA	1	$826,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400,900	$300	$0	$401,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$400,900	$300	$0	$401,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$61,100	$100	$0	$61,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$61,100	$100	$0	$61,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$50,200	$100	$0	$50,300
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$50,200	$100	$0	$50,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$313,200	$300	$0	$313,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$313,200	$300	$0	$313,500
TOTAL				1	$825,400	$800	$0	$826,200

2025/04/09 08:09 PM