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					
ADRIAN DAVID RODRIGUEZ OSPINA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.018.465.624				
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 3014 2025		FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.135.384	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25.836.624		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3.392.688	
Nº DE INFORME:	4	Nº CRP:	7241	Nº CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO(4) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL 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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	X	PRORROGAS	X	
VALOR ADICIONADO	$ 13.701.240	CDP DE LA ADICIÓN:	631	CRP DE LA ADICIÓN:	11081	TIEMPO PRORROGADO:	DOS(2) MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:	123	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ABC
FECHA DE LA PÓLIZA	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	SE HACE LA CONSOLIDACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE: SELECTIVAS, COMPLETITUD DE PEDIDO, OPRTUNIDAD DE ENTREGA (HOSPITALARIO, AMBULATORIO Y URGENCIAS) Y ERRORES DE PRESCRIPCION. INFORME DE CONSOLIDACIÓN DE INVENTARIOS
2	SE APOYA CON LA ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA, CON SU RESPECTIVA SOCILIZACIÓN 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 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 FARMACEUTICO 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 ADQUISICION 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 GASES: DIRECTOR TÉCNICO; ORDEN DE PRODUCCIÓN DE LOTE, LIBERACIÓN DE LOTE Y ANÁLISIS DE DESVIACIONES. CUSTODIA DE DOCTIVMENTACIÓN, JEFE DE CALIDAD; DESPEJE DE LÍNEA, CONTROL DE CALIDAD TRAS LIBERACION DE LOTE EN PLANTA Y PUNTOS DE USO, ASÍ COMO ANÁLISIS DE
13	SE PARTICIPA EN LAS MESAS DE TRABAJO DE EPIDEMIOLOGÍA (PRECOMITE DE INFECCIONES), SEGURIDAD DEL PACIENTE, ACREDITACION 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 REVISION 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 COMO: CONSULTAS, RONDAS, PERFILES FARMACOTERAPEUTICOS O RECONCILIACIÓN.
19	SE CUMPLE CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASIGNADA.

V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9484485199	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	7/04/2025	$ 267.600
PENSIÓN:	PORVENIR	7/04/2025	$ 342.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	7/04/2025	$ 52.200
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			$ 662.300

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 requiera como una de las obligaciones del contrato)

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

ADRIAN DAVID RODRIGUEZ OSPINA:
CC: 1018465624
CEL:3194517096

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:	ADRIAN DAVID RODRIGUEZ OSPINA	**CC:**	1018465624
		RUT (NIT):	N/A
CORREO ELECTRÓNICO:	adrianrodriguez37@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3194517096
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 39 C SUR # 68 G 99	**CIUDAD:**	SOACHA

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 titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 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:**	**550488400040397**

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

Nº DEL CONTRATO:	***PS 3014 2025***	**Nº CDP:**	***631***	**Nº. RP:**	***11081***	**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:** **$ 25.836.624**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 3.392.688**					
	TRES MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO					

ADRIAN DAVID RODRIGUEZ OSPINA:
CC: 1018465624
CEL:3194517096

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			ADRIAN DAVID RODRIGUEZ ESPINA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			[illegible]		
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 3014 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				12.135.384,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	25.836.624,00	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 3.392.688
N° PAGO / N° DE INFORME:	4	**N° CRP INICIAL:**	7241	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9484485199		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	SERVICIO FARMACEUTICO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO		DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (2)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**		ADICION (2)	PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	**$ 13.701.240**	**CDP DE LA ADICIÓN:** 631	**RP DE LA ADICIÓN:** 11081	**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)
	Ludi Helena Barangra 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:**

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 1018465624		RODRIGUEZ OSPINA ADRIAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 39 c sur carrera 68 g 99	BOGOTA-BOGOTA D.E.	31 4517096	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	1399030738	9484485199	I	2025/04/07	2025/04/09	BANCO DAVIVIENDA	2	$66[illegible],300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,140,003	$342,500			$2,140,003	$267,600			$0	$0			$2,140,003	$52,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,140,003	$342,500			$2,140,003	$267,600			$0	$0			$2,140,003	$52,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,140,003	$342,500			$2,140,003	$267,600			$0	$0			$2,140,003	$52,200		$0	$0
1	CC 101846562	RODRIGUEZ ADRIAN	230301	30	$2,140,003	$342,500	EPS037	3[illegible]	$2,140,003	$267,600		0	$0	$0	14-23	30	$2,140,003	$52,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,140,003	$342,500			$2,140,003	$267,600			$0	$0			$2,140,003	$52,200		$0	$0

PLANILLA PAGADA

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALE : DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Soc al	Cl se Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ci dad-Departamento	T léfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018465624		RODRIGUEZ OSPINA ADRI N DAVID	INDEPENDIENTI	PI INCIPAL	calle 39 c sur carrera 68 g 99	BOGO A-BOGOTA D.E.	31 4517096	No

DATOS GENERALE : DE LA LIQUIDACION

Periodo		Cl ve		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salu l	Pago	Planilla	I lanilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-03	2025-03	1399030738	9484485199	1	2025/04/ 17	2025/04/09	BAN O DAVIVIENDA	2	$66 ,300

RESUMEN DE 'AGO

RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRAD)RAS: 1)					1	$342,500	$500	$0	$343,000
PORVENIR		230301	800,224 808	8	1	$342,500	$500	$0	$343,000
ARL (ADMINISTRAD)RAS: 1)					1	$52,200	$100	$0	$52,300
POSITIVA COMF AÑIA DE SEGUROS		14-23	860,011 153	6	1	$52,200	$100	$0	$52,300
EPS (ADMINISTRAD)RAS: 1)					1	$267,600	$400	$0	$268,000
NUEVA E.P.S.		EPS037	900,156 264	2	1	$267,600	$400	$0	$268,000
TOTAL					1	$662,300	$1,000	$0	$663, 300