Secretaría de Salud Distrital
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 Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-077
VERSIÓN: 2
FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
MARIA NELLY VEGA FUQUEN			
	CON C.C N°	1.049.622.158	
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 4996 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	3/03/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	11.933.127	**No. HORAS EJECUTADAS**	240
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	23.516.464	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 7.829.280**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y (29) VEINTINUEVE DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ		

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
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 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. SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE BAJA ROTACIÓN Y PROXIMOS A VENCER.
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 MEJORMAIENTO 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 REPECTIVA.
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 COMITÉS.
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. SE APOYA CON LA ELABORACIÓN DE CRONOGRAMAS DE TRABAJO COMO: REVISÓN DE CARROS DE PARO Y CAPACITACIONES. ACTUALIZACIÓN EN DINAMICA 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 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, 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 LIBERACION 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 (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 COMO: CONSULTAS, RONDAS, PERFILES FARMACOTERAPEUTICOS O RECONCILIACIÓN.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (01/06/2025) AL (30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9487409645	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVA EPS**	12/06/2025	**$ 391.500**
PENSIÓN:	**PROTECCION**	12/06/2025	**$ 501.100**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	12/06/2025	**$ 76.300**
	TOTAL PAGADO		**$ 968.900**

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2 - Que realice 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.

VI. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)
Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Mª Nelly Vega. **MARIA NELLY VEGA FUQUEN** **1049622158**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Yudi Milena Bocanegra Gonzalez **YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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: 7** **FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA NELLY VEGA FUQUEN	**CC:**	1049622158
CORREO ELECTRÓNICO:	nelmed29@gmail.com	**TELÉFONO:**	3115621124
DIRECCIÓN DOMICILIO:	diagonal 5A #37B-39 .	**CIUDAD:**	BOGOTÁ D.C.
Manifiesto bajo la gravedad del juramento			
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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen 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**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***22611222***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° DEL CONTRATO:	**PS 4996 2025**	**VALOR DEL CONTRATO MENSUAL**	**$ 6.067.692**	
FECHA DE INICIO CONTRATO	3/03/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/06/2025	**$ 25.510.404**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	$ 7.829.280			

Mª Nelly Vega F.

MARIA NELLY VEGA FUQUEN
CC: 1049622158
CEL:3115621124

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 1049622158		VEGA FUQUEN MARIA NELLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 5a#37b-39	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115621124	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1548301452	9487409645	I	2025/06/16	2025/06/12	BANCO DE BOGOTA	0	$968,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$501,100	$0	$0	$501,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$501,100	$0	$0	$501,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$76,300	$0	$0	$76,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$76,300	$0	$0	$76,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$391,500	$0	$0	$391,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$391,500	$0	$0	$391,500
TOTAL				1	$968,900	$0	$0	$968,900

2025/06/12 06:06 AM