
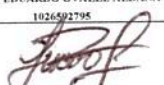



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2025-06-09	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>			
<b>DAVID EDUARDO OVALLE ALDANA</b>			
CON C.C.N°		1.026.592.795	
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> 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.			
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>		PS 5084 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b> 12/03/2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> 10.112.820		<b>No. HORAS EJECUTADAS</b> 230	
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>		25.249.428	<b>VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:</b> \$ 7.503.060,00
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>		TRES MESES DIECINUEVE DIAS (3 MESES Y 19 DIAS)	
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:</b>		HOSPITAL SAN BLAS	
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>		YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ	
<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)			
ITEM	SE HACE LA CONSOLIDACION Y ANALISIS DE LOS INDICADORES DE: SELECTIVAS, COMPLETITUD DE PEDIDO, OPORTUNIDAD DE ENTREGA (HOSPITALARIO, AMBULATORIO Y URGENCIAS) Y ERRORES DE PRESCRIPCION, INFORME DE CONSOLIDACION DE INVENTARIOS, ACOMPAÑAMIENTO Y RESPUESTA A LAS VISITAS EXTERNAS DE EPS Y ENTES DE CONTROL Y A PROCESOS INTERNOS (CALIDAD, CONTROL INTERNO, EPIDEMIOLOGIA ENTRE OTROS), IMPLEMENTACION DEL SDADU EN CADA UNA DE LAS UNIDADES: NPT, MAGISTRALES Y REEMPAQUE, SEGUIMIENTO A LA GESTION DE MEDICAMENTOS DE BAJA ROTACION Y PROXIMOS A VENCER.		
2	SE APOYA CON LA ACTUALIZACION DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA, CON SU RESPECTIVA SOCIALIZACION E IMPLEMENTACION.		
3	SE REPORTAN LOS SUCESOS DE SEGURIDAD POR LOS DIFERENTES CANALES DEFINIDOS POR LA INSTITUCION, APOYANDO CON LA INFORMACION Y ANALISIS DE LOS EVENTOS Y LA CONSOLIDACION DE ESTADISTICAS Y ANÁLISIS DE LAS MIRMAS, PARA EL MEJORAMIENTO DEL SERVICIO.		
4	SE REALIZA REUNION Y CAPACITACION SOBRE LA RETROALIMENTACION 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 SOCIALIZACION DE LA INFORMACION A LA UNIDAD RESPECTIVA.		
6	SE APOYA CON LA ACTUALIZACION A LOS DIFERENTES DOCUMENTOS DEL SERVICIO PARA LA MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO FARMACEUTICO.		
7	SE PARTICIPA EN EL COMITE DE FARMACIA, DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE INFECCIONES DE LA UNIDAD DE FORMA MENSUAL, DIVULGANDO CON EL EQUIPO DE TRABAJO LA INFORMACION 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 MISMAS.		
9	SE APOYA CON LA ELABORACION DE CRONOGRAMAS DE TRABAJO COMO: REVISION DE CARROS DE PAGO Y CAPACITACIONES, ACTUALIZACION EN DINAMICA DE PARAMETROS DEFINIDOS PARA MEDICAMENTOS (CREACION DE PRODUCTOS, INFORMACION GENERAL, CUBRIMIENTO DE PBS Y REGULACION DE PRECIOS)		
10	CUANDO SE PRESENTEN PROCESOS DE SELECCION Y ADQUISICION DE MEDICAMENTOS SE APOYA CON LA EVALUACION TECNICA, RESPUESTA A OBSERVACIONES Y CONSOLIDACION DE LAS PROPUESTAS PRESENTADAS.		
11	SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACION DE LA INSTITUCION; SE AYUDA A DIVULGAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS Y SE DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS QUE ATIENDE.		
12	SE REALIZA HIGIENE DE MANOS EN LOS MOMENTOS QUE NOS APLICAN; SE DISPONE Y USAN LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y SE REALIZA UNA ADECUADA SEGREGACION DE LOS RESIDUOS.		
13	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES SEGUN EL ROL ASIGNADO DE: BPM DE GASES, DIRECTOR TECNICO, ORDEN DE PRODUCCION DE LOTE, LIBERACION DE LOTE Y ANALISIS DE DESVIACIONES, CUSTODIA DE DOCUMENTACION, JEFE DE CALIDAD DESPUES DE LINEA, CONTROL DE CALIDAD TRAS LIBERACION DE LOTE EN PLANTA Y PUNTOS DE USO, ASÍ COMO ANALISIS DE DESVIACIONES, RECEPCION TECNICA DE REACTIVOS PARA CONTROL DE CALIDAD, SUPLENTE, ACTIVIDADES DE JEFE DE CALIDAD Y DIRECTOR TECNICO.		
14	PARA IBC, PARTICIPACION EN EL COMITE DE INVESTIGACION, REGISTROS DE CUSTODIA Y MANEJO DE MEDICAMENTOS DE INVESTIGACION Y PRESENTACION DE INFORME.		
15	SE PARTICIPA EN LAS MESAS DE TRABAJO DE EPIDEMIOLOGIA (PRECOMITE DE INFECCIONES), SEGURIDAD DEL PACIENTE, ACREDITACION Y DE ESPECIALIDADES.		
16	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.		
17	SE ELABORAN LOS INFORMES MENSUALES DE: MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL, ANTIMICROBIANOS, OSEL/TAMIVIR, VIH Y SISMED.		
18	SE PARTICIPA EN LA REUNION DEL SERVICIO FARMACEUTICO, REUNIONES MENSUALES DEL SERVICIO FARMACEUTICO PARA RETROALIMENTAR TEMAS DEL SERVICIO (POR UNIDAD CON AUXILIARES-REGENTES Y POR PROCESO QUIMICOS-REGENTES).		
19	SE REALIZAN LAS REINDUCCIONES, CAPACITACIONES Y ENCUESTAS QUE SON INFORMADAS.		
20	SE PROGRAMA LA REALIZACION 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.		
21	SE REALIZAN INTERVENCIONES FARMACEUTICAS COMO: CONSULTAS, RONDAS, PERFILES FARMACOTERAPEUTICOS O RECONCILIACION.		
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>			
<b>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b>			
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, las 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 cláusula "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)			
<b>IV. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>			
No. DE PLANILLA:	1072605479	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR EPS	12/06/2025	\$ 430.100
PENSION:	COLPENSIONES	12/06/2025	\$ 336.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA DE SEGUROS	12/06/2025	\$ 65.500
OTRO	COLSUBSIDIO	12/06/2025	\$ 5.800
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 885.500</b>
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realice el pago de la Seguridad Social donde el ibe 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, 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.			
<b>VI. ANEXOS</b> (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>		 DAVID EDUARDO OVALLE ALDANA 1026592795	
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>		 ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA SUPERVISOR ALTERNO	
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>		 YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO	

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	DAVID EDUARDO OVALLE ALDANA	<b>CC:</b>	1026592795
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	davtat.314@gmail.com	<b>TELÉFONO:</b>	3046102787
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CALLE 8 B # 81 C 17	<b>CIUDAD:</b>	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)**

<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>BANCO CAJA SOCIAL</b>	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>Nº CUENTA:</b>	<b>24093579799</b>
---------------------------------	--------------------------	------------------------	----------------	-------------------	--------------------

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 5084 2025	<b>VALOR DEL CONTRATO MENSUAL</b>	\$ 6.067.692	
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	12/03/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	30/06/2025	\$ 25.249.428
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025			
<b>VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)</b>	\$ 7.503.060,00			

*David Ovalle*

**DAVID EDUARDO OVALLE ALDANA**

**C.C 1026592795**

**Cel: 3046102787**

