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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DINA SOFIA GALVIS CACERES**				**CC:**	**32844727**
CORREO ELECTRÓNICO:	**diga02@hotmail.com**				**TELÉFONO:**	**3183979310**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 78F N° 112F - 39**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**032333197**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4995 2025**	**N° CDP:**	**2525**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES Y VEINTE Y NUEVE (29) DÍAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/03/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/09/01**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 6.067.692**					

DINA SOFIA GALVIS CACERES
PS_4995_2025_F7AE70

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DINA SOFIA GALVIS CACERES
CC: 32844727
CEL: 3183979310

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 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			
DINA SOFIA GALVIS CACERES			
	CON C.C N°	**32.844.727**	
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 4995 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/03/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.933.127	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 50.042.148	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.067.692
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTE Y NUEVE (29) DÍAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	PARTICIPAR EN GRUPOS MULTIDISCIPLINARIOS E INTERDISCIPLINARIOS A LOS QUE SEA INVITADO.
2	ELABORAR Y VERIFICAR LOS INVENTARIOS SELECTIVOS EN LA FARMACIA Y/O BODEGA, MENSUALMENTE APLICANDO LOS CONTROLES ESTABLECIDOS.
3	ORIENTAR AL USUARIO DEL SERVICIOS FARMACEUTICO, SOBRE EL USO ADECUADO DE LOS MEDICAMENTOS POR MEDIO DE UNA ATENCION FARMACEUTICA.
4	REALIZAR INVENTARIO POR ÁREAS MENSUALMENTE
5	REALIZAR PLANES DE MEJORA
6	OFRECER UNA ATENCIÓN HUMANA, CÁLIDA Y DILIGENTE A LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO.
7	. ELABORAR Y PRESENTAR INFORMES RELACIONADOS CON EL SERVICIO FARMACÉUTICO A ENTES DE CONTROL Y LOS REQUERIDOS INTERNAMENTE POR LA SUBRED
8	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN DEL SUPERVISOR.
9	VERIFICACIÓN, REALIZACIÓN Y ENVIÓ DE INFORME MENSUAL A EL FNE
10	ELABORAR DIAGNÓSTICO DEL SERVICIO FARMACÉUTICO ASIGNADO Y MANTENER O GESTIONAR LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN DEL MISMO.
11	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
12	APOYAR LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO FARMACÉUTICO Y FARMACOVIGILANCIA
13	PARTICIPAR EN LOS COMITÉS DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA, DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, DE INFECCIONES, DE INVENTARIOS Y A LOS QUE SEAN INVITADOS.
14	APLICAR LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED.
15	APOYAR LA SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS POR MEDIO DE ESTUDIOS DE MERCADO Y EVALUACIÓN TÉCNICA DE LOS PROCESOS DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS
16	ESTABLECER UN SISTEMA DE ALERTAS TEMPRANAS PARA PRODUCTOS PROXIMOS A VENCER, OPTIMIZANDO LA GESTION DE DEVOLUCIONES Y LA GESTION DE STOCKS MINIMOS Y MAXIMOS.
17	CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL.
18	. PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.
19	EJERCER DIRECCION TECNICA, DE APOYO O SUPLENCIA EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA DE MEDICAMENTOS, BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACION DE MEDICAMENTOS Y BUENAS PRACTICAS CLINICAS.
20	. SELECCIONAR, ADQUIRIR, RECIBIR Y ALMACENAR, DISTRIBUIR Y DISPENSAR MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y GASES MEDICINALES. EN LAS FUNCIONES DE SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN, LA PARTICIPACIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO SERÁ DE CARÁCTER TÉCNICO, SIN PERJUICIO DE LA DECISIÓN DE LA ORGANIZACIÓN EN SENTIDO CONTRARIO

21	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.
22	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.
23	EJERCER LA DIRECCIÓN TÉCNICA DEL SERVICIO FARMACÉUTICO A CARGO.
24	. PREVER FACTORES DE RIESGO DERIVADOS DEL USO INADECUADO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y GASES MEDICINALES, ASÍ COMO LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON SU USO.
25	GESTIONAR LAS ACCIONES NECESARIAS PARA QUE EL PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA SE EJECUTE.
26	. DESARROLLAR Y APLICAR MECANISMOS PARA ASEGURAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS OFRECIDOS POR PARTE DEL SERVICIO FARMACÉUTICO.
27	. REALIZAR INFORMES DEL SERVICIO FARMACÉUTICO DE MANERA OPORTUNA Y DE CALIDAD.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9490303124	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/08/14	$ 303.400
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/08/14	$ 388.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/14	$ 59.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 751.000

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

DINA SOFIA GALVIS CACERES
PS_4995_2025_F7AE70
DINA SOFIA GALVIS CACERES
CC: 32844727

ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA
PS_4995_2025_F7AE70
ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA
SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN VALIDA

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ* *PS_4995_2025_F7AE70* **YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 32844727		GALVIS CACERES DINA SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 78 F N 112 F 39	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5100630	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1700690100	9490303124	I	2025/08/08	2025/08/14	BANCO DE BOGOTA	6	$754,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,427,077	$388,400			$2,427,077	$303,400			$0	$0			$2,427,077	$59,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,427,077	$388,400			$2,427,077	$303,400			$0	$0			$2,427,077	$59,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,427,077	$388,400			$2,427,077	$303,400			$0	$0			$2,427,077	$59,200		$0	$0
1	CC	32844727	GALVIS DINA	230201	30	$2,427,077	$388,400	EPS005	30	$2,427,077	$303,400		0	$0	$0	14-11	30	$2,427,077	$59,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,427,077	$388,400			$2,427,077	$303,400			$0	$0			$2,427,077	$59,200		$0	$0

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 32844727		GALVIS CACERES DINA SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 78 F N 112 F 39	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5100630	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1700690100	9490303124	I	2025/08/08	2025/08/14	BANCO DE BOGOTA	6	$754,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$388,400	$1,500	$0	$389,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$388,400	$1,500	$0	$389,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$59,200	$300	$0	$59,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$59,200	$300	$0	$59,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$303,400	$1,200	$0	$304,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$303,400	$1,200	$0	$304,600
TOTAL				1	$751,000	$3,000	$0	$754,000