

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MAGDA BIBIANA HERRERA RUIZ			CC:	28697871
CORREO ELECTRÓNICO:	MBIBISHN@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3016999220
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 40 SUR 20A 15			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	015170293

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3095 2025	N° CDP:	2525	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	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						\$ 2.371.200



MAGDA BIBIANA HERRERA RUIZ
PS_3095_2025_DBFCDC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MAGDA BIBIANA HERRERA RUIZ

CC: 28697871

CEL: 3016999220

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

MAGDA BIBIANA HERRERA RUIZ

CON C.C N°

28.697.871

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS TECNOLOGICOS COMO REGENTE DE FARMACIA 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 3095 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 4.742.400 **No. HORAS EJECUTADAS** 192

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 24.082.500 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.371.200

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS NUEVE (9) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL LA VICTORIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

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 APOYAR LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO FARMACÉUTICO CUMPLIENDO CON EL ADECUADO MANEJO Y CONTROL DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
- 2 SOLICITAR, RECEPCIONAR Y ALMACENAR LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, VERIFICANDO LOS CONTROLES DE CONDICIONES AMBIENTALES Y DE INVENTARIOS MENSUALMENTE EN LAS FARMACIAS Y BODEGAS ASIGNADAS.
- 3 REGISTRAR Y VERIFICAR DIARIAMENTE LOS MOVIMIENTOS GENERADOS POR LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MONOPOLIO DEL ESTADO.
- 4 PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA DE LA SUBRED, CON REPORTES DE EVENTOS E INFORMACIÓN RELACIONADA A LOS MISMOS.
- 5 OFRECER UNA ATENCIÓN HUMANA, CÁLIDA Y DILIGENTE CON LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO DE FARMACIA.
- 6 CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL.
- 7 REALIZAR LA VERIFICACION DE REGISTROS Y SOPORTES RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD -PBS-, DANDO RESPUESTA A LAS SOLICITUDES QUE TENGAN DESDE LOS PROCESOS ASISTENCIALES, AUTORIZACIONES Y FACTURACIÓN.
- 8 RESPONDER POR LAS SOLICITUDES DE INFORMACIÓN, AUDITORIAS U OBJECIONES QUE ESTABLEZCAN LAS ENTIDADES ASEGURADORAS.
- 9 CUMPLIR CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, INFORMANDO CON ANTICIPACIÓN EN CASOS DE NOVEDADES PARA LA TOMA DE MEDIDAS PREVENTIVAS.
- 10 APOYAR LAS ACTIVIDADES DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA, BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACION Y BUENAS PRÁCTICAS CLINICAS CERTIFICADAS EN LA INSTITUCIÓN.
- 11 DILIGENCIAR LOS INFORMES MENSUALES DE LOS MOVIMIENTOS EN LA FARMACIA Y ENTREGA DE INDICADORES CUMPLIENDO LO ESTABLECIDO EN LA DOCUMENTACIÓN DEFINIDA PARA EL SERVICIO FARMACÉUTICO (MANUALES, PROCEDIMIENTO, GUIAS, PROTOCOLOS Y REGISTROS).
- 12 REVISAR Y CONTROLAR LA VIGENCIA DE LOS MEDICAMENTOS E INVENTARIOS ASIGNADOS, DEMOSTRANDO GESTION REALIZADA PARA EVITAR PERDIDAS.
- 13 APOYAR LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS DILIGENCIANDO LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES, LLEVANDO LOS PUNTOS DE CONTROL E INFORMANDO AL USUARIO LOS CORRECTOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS.
- 14 PARTICIPAR EN LAS REUNIONES PROGRAMADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO.
- 15 IMPLEMENTAR LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED.
- 16 DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR.

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° 4612222475	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/08/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	SIN DATO	2025/08/14	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/14	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 212.700


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 ningún 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	 <p><i>MAGDA BIBIANA HERRERA RUIZ</i> PS_3095_2025_DBFCDC</p> <hr/> <p>MAGDA BIBIANA HERRERA RUIZ CC: 28697871</p>
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</i> PS_3095_2025_DBFCDC</p> <hr/> <p>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA SUPERVISOR ALTERNO</p>
------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ</i> PS_3095_2025_DBFCDC</p> <hr/> <p>YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	--

