

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO			CC:	52952627
CORREO ELECTRÓNICO:	LAGONZALEZ.IPS.HCO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3178272495
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 54 F SUR 93 45			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	074121666

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5756 2025	N° CDP:	2525	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/13	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 1.736.280



LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO
PS_5756_2025_131336

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO
CC: 52952627
CEL: 3178272495

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

LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO

CON C.C N°

52.952.627

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR 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 5756 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/13
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.242.108	No. HORAS EJECUTADAS	156
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.482.760	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.736.280
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DÍAS
--	--------------------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
--	----------------------

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 | 1. APOYAR LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO FARMACÉUTICO CUMPLIENDO CON EL ADECUADO MANEJO Y CONTROL DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE |
| 2 | 2. RECEPCIONAR Y ALMACENAR LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, REALIZANDO CONTROLES DE CONDICIONES AMBIENTALES Y DE INVENTARIOS MENSUALMENTE EN LAS FARMACIAS Y BODEGAS ASIGNADAS. |
| 3 | 3. ENTREGAR LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, CON EL REGISTRO CORRESPONDIENTE Y LLEVANDO PUNTOS DE CONTROL DEFINIDOS EN LA DOCUMENTACIÓN, VERIFICANDO ESPECIALMENTE CONDICIONES ESPECIALES PARA LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS. |
| 4 | 4. APOYAR ACTIVIDADES DE LIMPIEZA Y ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO, CONFORME A PROTOCOLOS INSTITUCIONALES. |
| 5 | 5. OFRECER UNA ATENCIÓN HUMANA, CÁLIDA Y DILIGENTE CON TODOS LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO DE FARMACIA |
| 6 | 6. CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL. |
| 7 | 7. LLEVAR REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS QUE SE LE ASIGNEN, SEGÚN LOS FORMATOS O SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROCESO, ASÍ COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES DEFINIDOS POR LA ENTIDAD Y AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO. |
| 8 | 8. PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS QUE SEA CONVOCADO. |
| 9 | 11. INFORMAR AL USUARIO DEL SERVICIO FARMACÉUTICO, TENIENDO EN CUENTA LOS CORRECTOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS. |
| 10 | 12. IMPLEMENTAR LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED |
| 11 | 13. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR. |
| 12 | 9. CUMPLIR LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO, NOTIFICANDO LOS CAMBIOS A LA MISMA CON ANTICIPACIÓN DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR LA ENTIDAD Y CON EL OBJETO DEL CONTRATO. |
| 13 | 10. CONTROLAR LA ROTACIÓN DE LAS FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS Y DEMOSTRANDO GESTIÓN REALIZADA PARA EVITAR PÉRDIDAS. |

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1074854202	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/09/10	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/10	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/10	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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	 LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO PS_5756_2025_131336 <hr/> LUZ AMPARO GONZALEZ GARATEJO CC: 52952627
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<hr/> YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO