

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	KANDY LORENA GONZALEZ JIMENEZ			CC:	1033780137
CORREO ELECTRÓNICO:	LORENA.GONZALEZQF@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3144635603
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 62C SUR # 19C 12			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	002470130788

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2889 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 2025/09/01 AL 2025/09/05					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 1.402.746



KANDY LORENA GONZALEZ JIMENEZ  
PS\_2889\_2025\_39CCF8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
KANDY LORENA GONZALEZ JIMENEZ  
CC: 1033780137  
CEL: 3144635603

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

**KANDY LORENA GONZALEZ JIMENEZ**

**CON C.C N°**

**1.033.780.137**

**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 2889 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/01/01

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 12.135.384 **No. HORAS EJECUTADAS** 43

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 61.035.762 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 1.402.746

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** NUEVE (9) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL SAN BLAS

**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	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN DEL SUPERVISOR. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO
2	PLANIFICAR, ORGANIZAR, DIRIGIR, COORDINAR Y CONTROLAR LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y GASES MEDICINALES OFRECIDOS A LOS PACIENTES Y A LA COMUNIDAD EN GENERAL, CON EXCEPCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.
3	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.
4	ANALIZAR LAS CAUSAS DE LA GLOSA POR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS, IMPLEMENTANDO ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA GLOSA, OPTIMIZAR LA FACTURACION Y MEJORAR LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LA INFORMACION.
5	ELABORAR DIAGNÓSTICO DEL SERVICIO FARMACÉUTICO ASIGNADO Y MANTENER O GESTIONAR LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN DEL MISMO.
6	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.
7	APOYAR LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO FARMACÉUTICO Y FARMACOVIGILANCIA.
8	PARTICIPAR EN LOS COMITÉS DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA, DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, DE INFECCIONES, DE INVENTARIOS Y A LOS QUE SEAN INVITADOS.
9	APLICAR LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED.
10	APOYAR LA SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS POR MEDIO DE ESTUDIOS DE MERCADO Y EVALUACIÓN TÉCNICA DE LOS PROCESOS DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.
11	OFRECER UNA ATENCIÓN HUMANA, CÁLIDA Y DILIGENTE A LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO.
12	CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL.
13	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.
14	PARTICIPAR EN GRUPOS MULTIDISCIPLINARIOS E INTERDISCIPLINARIOS A LOS QUE SEA INVITADO.
15	REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS AL PERSONAL DEL SERVICIO FARMACÉUTICO A CARGO.
16	ELABORAR Y PRESENTAR INFORMES RELACIONADOS CON EL SERVICIO FARMACÉUTICO A ENTES DE CONTROL Y LOS REQUERIDOS INTERNAMENTE POR LA SUBRED.
17	PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.
18	ELABORAR Y VERIFICAR LOS INVENTARIOS SELECTIVOS EN LA FARMACIA Y/O BODEGA, MENSUALMENTE APLICANDO LOS CONTROLES ESTABLECIDOS. REALIZAR INVENTARIO POR ÁREAS MENSUALMENTE

19	ORIENTAR AL USUARIO DEL SERVICIOS FARMACEUTICO, SOBRE EL USO ADECUADO DE LOS MEDICAMENTOS POR MEDIO DE UNA ATENCION FARMACEUTICA.
20	PREVER FACTORES DE RIESGO DERIVADOS DEL USO INADECUADO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y GASES MEDICINALES, ASÍ COMO LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON SU USO.
21	ESTABLECER UN SISTEMA DE ALERTAS TEMPRANAS PARA PRODUCTOS PROXIMOS A VENCER, OPTIMIZANDO LA GESTION DE DEVOLUCIONES Y LA GESTION DE STOCKS MINIMOS Y MAXIMOS

### 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 (2025-09-05)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9491720713	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/09/12	\$ 303.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/12	\$ 388.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/12	\$ 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <b>KANDY LORENA GONZALEZ JIMENEZ</b> PS_2889_2025_39CCF8 <hr/> <b>KANDY LORENA GONZALEZ JIMENEZ</b> <b>CC: 1033780137</b>
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <b>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</b> PS_2889_2025_39CCF8 <hr/> <b>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b>



**YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ**  
PS\_2889\_2025\_39CCF8

**YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS  
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033780137		GONZALEZ JIMENEZ KANDY LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagonal 62 c sur #19c 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3144635603	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1770423639	9491720713	I	2025/09/09	2025/09/12	BANCO DAVIVIENDA	3	\$801,300

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	
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,427,076	\$388,400			\$2,427,076	\$303,400			\$2,427,076	\$48,600			\$2,427,076	\$59,200		\$0	\$0	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,427,076	\$388,400			\$2,427,076	\$303,400			\$2,427,076	\$48,600			\$2,427,076	\$59,200		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$2,427,076	\$388,400			\$2,427,076	\$303,400			\$2,427,076	\$48,600			\$2,427,076	\$59,200		\$0	\$0	
1	CC	1033780137	GONZALEZ KANDY	25-14	30	\$2,427,076	\$388,400	EPS017	30	\$2,427,076	\$303,400	CCF22	30	\$2,427,076	\$48,600	14-7	30	\$2,427,076	\$59,200	30	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$2,427,076	\$388,400			\$2,427,076	\$303,400			\$2,427,076	\$48,600			\$2,427,076	\$59,200		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033780137		GONZALEZ JIMENEZ KANDY LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagonal 62 c sur #19c 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3144635603	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1770423639	9491720713	I	2025/09/09	2025/09/12	BANCO DAVIVIENDA	3	\$801,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$388,400	\$800	\$0	\$389,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$388,400	\$800	\$0	\$389,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$59,200	\$200	\$0	\$59,400	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$59,200	\$200	\$0	\$59,400	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$48,600	\$100	\$0	\$48,700	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$48,600	\$100	\$0	\$48,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$303,400	\$600	\$0	\$304,000	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$303,400	\$600	\$0	\$304,000	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$799,600</b>	<b>\$1,700</b>	<b>\$0</b>	<b>\$801,300</b>	