**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: (30-09-2025)** | | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **MARIA NELLY VEGA FUQUEN** | | | | **CC:** | **1049622158** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **NELMED29@GMAIL.COM** | | | | **TELÉFONO:** | **3115621124** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **DG 5A 37B 39** | | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DE BOGOTA** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **022611222** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 4996 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 2025/09/01 AL 2025/09/30** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | **$ 7.013.730** | | | | | |

*MARIA NELLY VEGA FUQUEN*
*PS_4996_2025_B795F7*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**MARIA NELLY VEGA FUQUEN**
**CC: 1049622158**
**CEL: 3115621124**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **MARIA NELLY VEGA FUQUEN** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.049.622.158** | |
| **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 4996 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/03/03** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 11.933.127 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **215** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 54.935.448 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 7.013.730 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CINCO (5) MESES Y VEINTE Y NUEVE (29) DÍAS | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **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 | PREVER FACTORES DE RIESGO DERIVADOS DEL USO INADECUADO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y GASES MEDICINALES, ASÍ COMO LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON SU USO. |
| 2 | REALIZAR PLANES DE MEJORA |
| 3 | APOYAR LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO FARMACÉUTICO Y FARMACOVIGILANCIA |
| 4 | PARTICIPAR EN LOS COMITÉS DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA, DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, DE INFECCIONES, DE INVENTARIOS Y A LOS QUE SEAN INVITADOS. |
| 5 | OFRECER UNA ATENCIÓN HUMANA, CÁLIDA Y DILIGENTE A LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO. |
| 6 | CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL. |
| 7 | . 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. |
| 8 | . PARTICIPAR EN GRUPOS MULTIDISCIPLINARIOS E INTERDISCIPLINARIOS A LOS QUE SEA INVITADO. |
| 9 | REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS AL PERSONAL DEL SERVICIO FARMACÉUTICO A CARGO. |
| 10 | . ELABORAR Y PRESENTAR INFORMES RELACIONADOS CON EL SERVICIO FARMACÉUTICO A ENTES DE CONTROL Y LOS REQUERIDOS INTERNAMENTE POR LA SUBRED. |
| 11 | PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO. |
| 12 | . ELABORAR Y VERIFICAR LOS INVENTARIOS SELECTIVOS EN LA FARMACIA Y/O BODEGA, MENSUALMENTE APLICANDO LOS CONTROLES ESTABLECIDOS. |
| 13 | . ORIENTAR AL USUARIO DEL SERVICIOS FARMACEUTICO, SOBRE EL USO ADECUADO DE LOS MEDICAMENTOS POR MEDIO DE UNA ATENCION FARMACEUTICA. |
| 14 | . DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN DEL SUPERVISOR. |
| 15 | . EJERCER LA DIRECCIÓN TÉCNICA DEL SERVICIO FARMACÉUTICO A CARGO. |
| 16 | . 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 |
| 17 | . 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. |
| 18 | VERIFICACIÓN, REALIZACIÓN Y ENVIÓ DE INFORME MENSUAL A EL FNE |
| 19 | ESTABLECER UN SISTEMA DE ALERTAS TEMPRANAS PARA PRODUCTOS PROXIMOS A VENCER, OPTIMIZANDO LA GESTION DE DEVOLUCIONES Y LA GESTION DE STOCKS MINIMOS Y MAXIMOS. |
| 20 | UNIDOSIS 6,7,13,14,27,28. Se asignan las UNIDOSSIS de la QF DIANA que tenia programado los fin de semana del 19, 20,23 y 24. También hizo adicionales el viernes 12 por el traslado de SALAS. |

| | |
|---|---|
| 21 | REALIZAR INVENTARIO POR ÁREAS MENSUALMENTE |
| 22 | 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. |
| 23 | 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 |
| 24 | GESTIONAR LAS ACCIONES NECESARIAS PARA QUE EL PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA SE EJECUTE |
| 25 | . 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. |
| 26 | 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

## IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 9491688128 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | NUEVA EPS | 2025/09/11 | $ 313.200 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2025/09/11 | $ 400.900 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2025/09/11 | $ 61.100 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 775.200 |

## 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** | *MARIA NELLY VEGA FUQUEN*<br>*PS_4996_2025_B795F7*<br>**MARIA NELLY VEGA FUQUEN**<br>**CC: 1049622158** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA*<br>*PS_4996_2025_B795F7*<br>**ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |

| | |
|---|---|
| | |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** |  *YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ*<br>*PS_4996_2025_B795F7*<br>**YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

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 1049622158 | | VEGA FUQUEN MARIA NELLY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | diagonal 5a#37b-39 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3115621124 | 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 | 1768337100 | 9491688128 | I | 2025/09/12 | 2025/09/11 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $775,200 |

**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)** | | | | | $2,505,369 | $400,900 | | | $2,505,369 | $313,200 | | | $0 | $0 | | | $2,505,369 | $61,100 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,505,369 | $400,900 | | | $2,505,369 | $313,200 | | | $0 | $0 | | | $2,505,369 | $61,100 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $2,505,369 | $400,900 | | | $2,505,369 | $313,200 | | | $0 | $0 | | | $2,505,369 | $61,100 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1049622158 | VEGA MARIA | 230201 | 30 | $2,505,369 | $400,900 | EPS037 | 30 | $2,505,369 | $313,200 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $2,505,369 | $61,100 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $2,505,369 | $400,900 | | | $2,505,369 | $313,200 | | | $0 | $0 | | | $2,505,369 | $61,100 | | $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 1049622158 | | VEGA FUQUEN MARIA NELLY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | diagonal 5a#37b-39 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3115621124 | 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 | 1768337100 | 9491688128 | I | 2025/09/12 | 2025/09/11 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $775,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $400,900 | $0 | $0 | $400,900 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $400,900 | $0 | $0 | $400,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $61,100 | $0 | $0 | $61,100 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $61,100 | $0 | $0 | $61,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $313,200 | $0 | $0 | $313,200 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $313,200 | $0 | $0 | $313,200 |
| TOTAL | | | | 1 | $775,200 | $0 | $0 | $775,200 |