

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>JOHN JAIRO FRANCO CAMPOS</b>		<b>CC:</b>	<b>80144649</b>	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<b>JJFRANCO2008@HOTMAIL.COM</b>		<b>TELÉFONO:</b>	<b>3178684202</b>	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	<b>AC 70 A BIS A SUR 77 J 38</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>BOGOTA</b>	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>BANCOLOMBIA</b>	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>N° CUENTA:</b>	<b>18897179438</b>

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 5755 2025</b>	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	<b>\$ 2.136.960</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/06/13</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>2025/09/01</b>
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31</b>		



*JOHN JAIRO FRANCO CAMPOS*  
*PS\_5755\_2025\_1593BC*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**JOHN JAIRO FRANCO CAMPOS**

**CC: 80144649**

**CEL: 3178684202**

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

**JOHN JAIRO FRANCO CAMPOS**

**CON C.C N°**

**80.144.649**

**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 5755 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/06/13

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 1.242.108 **No. HORAS EJECUTADAS** 192

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 9.282.420 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.136.960

**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

**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	SE REALIZAN ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN Y SEGUIMIENTO DE USO DE LOS MEICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, CON EL REGISTRO CORRESPONDIENTE.
2	SE VERIFICA E INFORMAN LAS DIFERENCIAS EN LOTES Y FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS INSUMOS, ASI COMO LOS INSUMOS PRÓXIMOS A VENCER, LUEGO DE HACER SU ROTACIÓN POR CONSUMO. SE REGISTRA EL CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD EN LOS LUGARES DE ALMACENAMIENTO DE INSUMOS. SE HACEN LAS SOLICITUDES DE LOS INSUMOS PARA MANTENER EL STOCK MINIMO DE LOS MISMOS. SE HACEN LAS RECEPCIONES TÉCNICAS DE LOS INSUMOS QUE SON RECIBIDOS O SE INFORMA AL REGENTE.
3	SE REALIZA INTERPRETACIÓN DE LA FORMULA, ALISTAMIENTO DE LOS PRODUCTOS, REGISTRO EN EL SISTEMA DINÁMICA Y SUMINISTRO ENTREGÁNDOSELOS AL PACIENTE O AL PERSONAL DEL SERVICIO. SE REGISTRA Y GESTIONAN LOS INSUMOS PENDIENTES Y SE REVISAN, REGISTRAN, ALISTAN Y ENTREGAN LOS TRASLADOS A LAS OTRAS UNIDADES.
4	SE MANTIENE LAS ÁREAS, SUPERFICIES Y MUEBLES DE ALMACENAMIENTO LIMPIOS Y ORGANIZADOS, CON EL APOYO DEL PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES O HACIENDO USO DEL KIT DE LIMPIEZA DEL ÁREA.
5	SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN. SE AYUDA A DIVULGAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS Y SE DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS QUE ATIENDO.
6	"SE REALIZA HIGIENE DE MANOS EN LOS MOMENTOS QUE NOS APLICAN SE DISPONE Y USAN LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REALIZAR UNA ADECUADA SEGREGACIÓN DE LOS RESIDUOS."
7	"SE RECIBE, INTERPRETA LA FORMULA, REVISAN LOS SOPORTES Y ALISTAN LOS MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL PBS, REGISTRANDO EN EL SISTEMA DINÁMICA EL SUMINISTRO Y ENTREGÁNDOSELOS AL PACIENTE SI ES DEL SERVICIO AMBULATORIO O AL PERSONAL DEL SERVICIO CUANDO ES HOSPITALARIO. SE REGISTRA Y GESTIONAN LOS INSUMOS PENDIENTES."
8	"SE HACE REGISTRO EN EL SISTEMA DE SOLICITUDES, SUMINISTROS A PACIENTES Y ORDENES DE DESPACHO. SE DILIGENCIAN LOS REGISTROS DE RUVEM, ERRORES DE PRESCRIPCIÓN, CONDICIONES AMBIENTALES Y DE LIMPIEZA, ASÍ COMO EL DE LA ENTREGA DE TURNO."
9	"SE PARTICIPA EN LA REUNIÓN DEL SERVICIO FARMACEUTICO. SE REALIZAN LAS REINDUCCIONES, CAPACITACIONES Y ENCUESTAS QUE SON INFORMADAS. "
10	SE CUMPLE CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASIGNADA POR LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO Y LOS CAMBIOS QUE SE PRESENTEN EN LA MISMA SON INFORMADOS POR ESCRITO AL DIRECTOR TÉCNICO DEL SERVICIO.
11	EN CASO DE PRESENTARSE NOVEDADES INFORMACIÓN CON ANTICIPACIÓN DICHA SITUACIÓN PARA LA PROVISIÓN DEL RESPECTIVO REEMPLAZO ,SE INFORMA AL DIRECTOR TÉCNICO DEL SERVICIO.
12	SE VERIFICA E INFORMAN LOS INSUMOS PRÓXIMOS A VENCER, LUEGO DE HACER SU ROTACIÓN POR CONSUMO
13	"SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN. SE DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS QUE ATIENDO."
14	SE CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS DEL SERVICIO FARMACÉUTICO Y DE LOS PROCESOS TRASNVERSALES CON LOS QUE NOS RELACIONAMOS, LLEVANDO REGISTRO COMPLETO EN LOS FORMATOS DE LOS MISMOS.

15 SE CUMPLE CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASIGNADA.

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

**SE VERIFICA QUE 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 1075562100	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/15	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/10/15	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/15	\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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**



JOHN JAIRO FRANCO CAMPOS  
PS\_5755\_2025\_1593BC

**JOHN JAIRO FRANCO CAMPOS**  
**CC: 80144649**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA  
PS\_5755\_2025\_1593BC

**ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA**  
**SUPERVISOR ALTERNO**

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



YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ  
PS\_5755\_2025\_1593BC

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

