

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YUDY DUBIE PERDOMO HUERTAS			CC:	1023945414
CORREO ELECTRÓNICO:	dubie15@hotmail.com			TELÉFONO:	3144907884
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 38B SUR 2L 27			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	135215689
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3060 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 2.593.500
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				



YUDY DUBIE PERDOMO HUERTAS
PS_3060_2025_713F0B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YUDY DUBIE PERDOMO HUERTAS
CC: 1023945414
CEL: 3144907884

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
YUDY DUBIE PERDOMO HUERTAS

CON C.C N° 1.023.945.414

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 3060 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.940.000	No. HORAS EJECUTADAS	210
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 29.121.300	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.593.500
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

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	SE CUMPLE CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASIGNADA POR LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO Y LOS CAMBIOS QUE SE PRESENTEN EN LA MISMA SON INFORMADOS AL DIRECTOR TÉCNICO DEL SERVICIO. (se realiza 10 horas aparte de la programación por auxiliar faltante,24 hrs turnos diana turbta,34 hrs disponibildiad fin de semana 08,09,15,16,17,22,23,29 y 30)
2	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.
3	SE VERIFICA E INFORMAN LOS INSUMOS PRÓXIMOS A VENCER, LUEGO DE HACER SU ROTACIÓN POR CONSUMO CON LOS DEMÁS SERVICIOS FARMACEUTICOS.
4	SE 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.
5	"SE REALIZA EL PEDIDO MENSUAL DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DE LA FARMACIA ASIGNADA Y POSTERIOR RECEPCIÓN AL ALMACÉN. SE CUMPLEN CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO. SE PARTICIPA EN LA REUNIÓN DEL SERVICIO FARMACEUTICO. SE REALIZAN LAS REINDUCCIONES, CAPACITACIONES Y ENCUESTAS QUE SON INFORMADAS. "
6	"SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN. SE DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS QUE ATIENDO."
7	SE REALIZAN ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN Y SEGUIMIENTO DE USO DE LOS MEICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, CON EL REGISTRO CORRESPONDIENTE.
8	SE VERIFICA E INFORMAN LAS DIFERENCIAS EN LOTES Y FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS INSUMOS, ASÍ COMO LOS QUE ESTEN 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 INUSMOS PARA MANTENER EL STOCK MINIMO DE LOS MISMOS. SE HACEN LAS RECEPCIONES TÉCNICAS DE LOS INSUMOS QUE SON RECIBIDOS.
9	SE GENERAN,CONSOLIDAN Y ANALIZAN LOS REPORTES ASIGNADOS Y LOS INDICADORES DEL SERVICIO FARMACEUTICO A CARGO.
10	SE REALIZAN ALAS ACTIVIDADES DEL INSTRUCTIVO DE MANEJO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MONOPOLIO DEL ESTADO.
11	SE CONOCE, CAPACITA Y APOYA EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA CON LA INFORMACIÓN QUE SE REQUIERA DE LOS SUCEOS DE FARMACOVIGILANCIA QUE SE PRESENTEN EN LA FARMCIA ASIGNADA
12	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.
13	"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."
14	SE VERIFICA LA INFORMACIÓN DE LOS SOPORTES DE MEDICAMENTOS NO PBS SOLCITIADOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE LOS MISMOS Y SU POSTERIOR REPORTE A L PROCESO ADMINITRATIVO QUE LO REQUIERA.

15	SE VERIFICA LA INFORMACIÓN Y ANALIZAN LOS CASOS DE DEVOLUCIONES GENERADAS POR LAS ASEGURADORAS PARA SU JUSTIFICACIÓN		
16	SE APOYA A LOS QUÍMICOS FARMACEUTICOS DEL PROCESO CON LA TOMA DE DATOS EN LAS PLANTAS DE PRODUCCIÓN O FARMACIA DE INVESTIGACIÓN.		
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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 8390807639	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/12	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	\$ 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 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		YUDY DUBIE PERDOMO HUERTAS PS_3060_2025_713F0B YUDY DUBIE PERDOMO HUERTAS CC: 1023945414	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA PS_3060_2025_713F0B ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA SUPERVISOR ALTERNO	

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



MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO
PS_3060_2025_713F0B

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): YUDY DUBIE PERDOMO HUERTAS
No. Identificación: CC1023945414
Dirección: CALLE 38B # 2L-27 SUR
Telefono: 2217443
Correo: dubie15@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8390807639

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YUDY DUBIE PERDOMO HUERTAS	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1023945414	Periodo de Cotización Salud	octubre de 2025
Número de planilla	8390807639	Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2025
Fecha pago	2025-11-12	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	10271143	Total Pagado	442300
Banco	1023	Total Intereses de Mora	1800

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34900	1
230301	Porvenir	228700	1
EPS005	Sanitas EPS	178700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023945414
APELLIDOS Y NOMBRES: YUDY DUBIE PERDOMO HUERTAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0