

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YUDY CRISTINA PEÑUELA CUBILLOS		CC:	52731970	
CORREO ELECTRÓNICO:	YUCRIS8@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3132437933	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 9 ESTE # 30 25 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400783612

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3079 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.170.340
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 CRISTINA PEÑUELA CUBILLOS
PS_3079_2025_28C8D9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

YUDY CRISTINA PEÑUELA CUBILLOS

CC: 52731970

CEL: 3132437933

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
YUDY CRISTINA PEÑUELA CUBILLOS

CON C.C N° **52.731.970**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION 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 3079 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.340.680	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 34.873.740	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.170.340
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS ONCE (11) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

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 INFORMAR Y SE GENERAN CORREOS ELECTRONICOS Y LLAMADOS TELEFONICOS DE LAS NOVEDADES REPORTADAS POR PROVEEDORES: AL SUPERVISOR DEL CONTRATO LOS INCUMPLIMIENTOS, YA SEAN POR OPORTUNIDAD Y/O COMPLETITUD EN LA ENTREGA DE LOS PRODUCTOS Y A LOS SERVICIOS LOS REPORTES DE ALERTAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS
2	SE GESTIONA RESPUESTA A REQUERIMIENTOS DE CADA UNA DE LAS UNIDADES RELACIONADOS CON EL PROCESO DE COMPRA Y ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS, GENERANDO ORDENES DE COMPRA CUANDO SE REQUIERE DENTRO DEL MES RESPECTIVO O GESTIONANDO TRASLADOS ENTRE FARMACIAS, PARA UNA RESPUESTA OPORTUNA.
3	SE APOYA CON EL CONTROL DE LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO FARMACÉUTICO, DE MANERA EFICIENTE Y OPORTUNA, GENERANDO INDICADORES DE GESTIÓN OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS, CONTROL DE INVENTARIOS, ENTRE OTROS.
4	SE ATIENDEN LLAMADOS DE LOS SERVICIOS FARMACEUTICOS Y/O PROVEEDORES PARA ATENDER LO QUE SE REQUIERA.
5	SE GESTIONA OPORTUNAMENTE EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS Y EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED, ESPECIALMENTE REVISANDO, CONSOLIDANDO, REMITIENDO AL PROVEEDOR Y CONTROLANDO LOS PEDIDOS DE LOS MEDICAMENTOS REALIZADOS POR LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS, REMITIENDO CORREOS ELECTRONICOS Y LLAMADAS TELEFONICAS
6	SE VERIFICA EL PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS, ASÍ COMO EL CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES, CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LOS MEDICAMENTOS ENTREGADOS POR LOS PROVEEDORES, DE ACUERDO CON LAS SOLICITUDES EFECTUADAS POR LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS Y EN INTERACCIÓN CON EL SUBPROCESO DE ALMACÉN, GENERANDO CORREOS ELECTRONICOS Y LLAMADOS AL PROVEEDOR
7	SE COORDINA DEVOLUCIONES O CAMBIOS DE LOS PRODUCTOS CON LOS PROVEEDORES, EN ARTICULACIÓN CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y EL DIRECTOR TÉCNICO DEL SERVICIO, DEJANDO REGISTRO DEL PROCESO, MEDIANTE CORREOS ELECTRONICOS Y COORDINADO VERBALMENTE CON LAS FARMACIAS Y SUBALMACENES ESPECIFICOS QUE SE REQUIERAN.
8	SE ORGANIZA Y COORDINA LA ENTREGA EFECTIVA Y OPORTUNA EN CADA UNA DE LAS UNIDADES Y SUBALMACENES DE LOS MEDICAMENTOS, TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES, EL HISTÓRICO DE DISTRIBUCIÓN, DISPONIBILIDAD, ROTACIÓN Y VENCIMIENTO DE LOS MISMOS, INCLUYENDO REDISTRIBUCIÓN MENSUAL ENTRE UNIDADES.
9	SE GENERA INFORMES INTERNOS Y EXTERNOS PARA DIFERENTES ENTES DE CONTROL E INDICADORES DE OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE PROVEEDORES DEL PROCESO DE ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS
10	SE PARTICIPA EN LA REUNIÓN MENSUAL DEL SERVICIO Y REUNIONES CONVOCADAS PARA SEGUIMIENTO DE LOS CONTRATOS DE PROVEEDORES
11	SE GESTIONA DIARIAMENTE CON LOS PROVEEDORES LA ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS, REVISANDO TÉCNICAMENTE JUNTO CON EL SUPERVISOR DE LOS CONTRATOS LA ENTREGA OPTIMA DE LOS MEDICAMENTOS.
12	CUMPLIR A CABALIDAD CON LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED.

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° 35030401	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/12	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	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, 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	 <p><i>YUDY CRISTINA PEÑUELA CUBILLOS</i> PS_3079_2025_28C8D9</p> <hr/> <p>YUDY CRISTINA PEÑUELA CUBILLOS CC: 52731970</p>
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</i> PS_3079_2025_28C8D9</p> <hr/> <p>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA SUPERVISOR ALTERNO</p>
------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</i> PS_3079_2025_28C8D9</p> <hr/> <p>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	--

RAZÓN SOCIAL :	PENUELA CUBILLOS YUDY CRISTINA
IDENTIFICACIÓN:	CC-52731970
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-11-12
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-11-20
FECHA DE PAGO:	2025-11-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-10
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	35030401
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35030401
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 178.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 227.800
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700	\$ 34.700
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 28.500	\$ 28.500
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 469.000	\$ 469.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/12/2025
----------------------------------	------------