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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA**			**CC:**	**1070627129**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SANTIAGORIVERA9924@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3222725651**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 11 88A 61**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**54700006653**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3140 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.076.204**
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**				

ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA
PS_3140_2025_D5CBCC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA
CC: 1070627129
CEL: 3222725651

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** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **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 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA			
	CON C.C N°	**1.070.627.129**	
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 3140 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.634.428	**No. HORAS EJECUTADAS**	**196**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 59.826.690	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.076.204
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
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	ELABORAR DIAGNÓSTICO DEL SERVICIO FARMACÉUTICO ASIGNADO Y MANTENER O GESTIONAR LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN DEL MISMO
2	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
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	APLICAR LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED
6	APOYAR LA SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS POR MEDIO DE ESTUDIOS DE MERCADO Y EVALUACIÓN TÉCNICA DE LOS PROCESOS DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS
7	OFRECER UNA ATENCIÓN HUMANA, CÁLIDA Y DILIGENTE A LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO
8	CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTA
9	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.
10	PARTICIPAR EN GRUPOS MULTIDISCIPLINARIOS E INTERDISCIPLINARIOS A LOS QUE SEA INVITADO
11	REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS AL PERSONAL DEL SERVICIO FARMACÉUTICO A CARGO
12	ELABORAR Y PRESENTAR INFORMES RELACIONADOS CON EL SERVICIO FARMACÉUTICO A ENTES DE CONTROL Y LOS REQUERIDOS INTERNAMENTE POR LA SUBRED
13	PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO
14	ELABORAR Y VERIFICAR LOS INVENTARIOS SELECTIVOS EN LA FARMACIA Y/O BODEGA, MENSUALMENTE APLICANDO LOS CONTROLES ESTABLECIDOS
15	ORIENTAR AL USUARIO DEL SERVICIOS FARMACEUTICO, SOBRE EL USO ADECUADO DE LOS MEDICAMENTOS POR MEDIO DE UNA ATENCION FARMACEUTICA
16	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN DEL SUPERVISOR
17	EJERCER LA DIRECCIÓN TÉCNICA DEL SERVICIO FARMACÉUTICO A CARGO
18	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
19	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

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	GESTIONAR LAS ACCIONES NECESARIAS PARA QUE EL PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA SE EJECUTE
22	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
23	REALIZAR INFORMES DEL SERVICIO FARMACÉUTICO DE MANERA OPORTUNA Y DE CALIDAD
24	REALIZAR INVENTARIO POR ÁREAS MENSUALMENTE
25	VERIFICACIÓN, REALIZACIÓN Y ENVIÓ DE INFORME MENSUAL A EL FNE
26	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
27	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
28	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 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° 1077210271	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/12	$ 281.100
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/12	$ 359.700
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/12	$ 54.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 695.600

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	*ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA* *PS_3140_2025_D5CBCC* **ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA** **CC: 1070627129**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA* *PS_3140_2025_D5CBCC* **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_3140_2025_D5CBCC* **MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-12, 03:36:26 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077210271

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823623483

PAGADO 12/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA		
Documento	CC1070627129	**Dirección**	CL 11 #84 A - 61
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3222725651
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1070627129	ANDRES SANTIAGO SOLORZANO RIVERA	59	00										X							0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 2.248.034	$ 359.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 2.248.034	$ 281.100	2,436	$ 2.248.034	$ 54.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 695.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.248.034	$ 2.248.034	$ 2.248.034	$ 0	$ 359.700	$ 281.100	$ 54.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 695.600	$ 600	$ 696.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.