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:	**OSCAR GABRIEL RODRIGUEZ NIETO**			**CC:**	**79798428**
CORREO ELECTRÓNICO:	**OGRN2004@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3144788500**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 30B SUR #9C -64 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870131283**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3156 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.179.800**
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**				

OSCAR GABRIEL RODRIGUEZ NIETO
PS_3156_2025_4AF363

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
OSCAR GABRIEL RODRIGUEZ NIETO
CC: 79798428
CEL: 3144788500

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			
OSCAR GABRIEL RODRIGUEZ NIETO			
CON C.C N°	**79.798.428**		
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 3156 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.634.428	**No. HORAS EJECUTADAS**	**200**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 54.854.082	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.179.800
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	DIAGNÓSTICO DEL SERVICIO FARMACÉUTICO (BAJA COMPLEJIDAD) Y MANTENER LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN DEL MISMO
2	PARTICIPA EN LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA Y SU MANTENIMIENTO, DIVULGANDO Y CAPACITACITANDO SOBRE EL USO DE MEDICAMENTOS, BOLETINES DE SEGURIDAD, INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS E INFORMES, ASI COMO EN LAS RONDAS DE SEGURIDAD
3	APOYO EN LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO FARMACÉUTICO Y FARMACOVIGILANCIA Y/O ACTUALIZACION DE LOS MISMOS.
4	PARTICIPO EN LOS COMITÉS DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA, DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, DE INFECCIONES, DE INVENTARIOS Y A LOS QUE SEAN INVITADOS
5	APLICANDO LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED
6	SE APOYA LA SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS POR MEDIO DE ESTUDIOS DE MERCADO Y EVALUACIÓN TÉCNICA DE LOS PROCESOS DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, CUANDO ESTA SEA REQUERIDA
7	ATENCIÓN HUMANA, CÁLIDA Y DILIGENTE A LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO
8	CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL
9	SE EJERCE LA 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, CUANDO SEAN REQUERIDAS
10	SE PARTICIPA EN DIVERSOS GRUPOS MULTIDISCIPLINARIOS E INTERDISCIPLINARIOS A LOS QUE SEA INVITADO
11	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS AL PERSONAL DEL SERVICIO FARMACÉUTICO A CARGO, MEDIANTE ACTAS Y CAPACITACIONES
12	SE ELABORAN Y PRESENTAN INFORMES RELACIONADOS CON EL SERVICIO FARMACÉUTICO A ENTES DE CONTROL Y LOS REQUERIDOS INTERNAMENTE POR LA SUBRED, DE MANERA MENSUAL
13	SE PARTICIPA EN LAS JORNADAS Y/O ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO
14	SE ELABORAN Y VERIFICAN LOS INVENTARIOS SELECTIVOS EN LAS FARMACIAS, MENSUALMENTE APLICANDO LOS CONTROLES ESTABLECIDOS
15	SE ORIENTA AL USUARIO DEL SERVICIO FARMACEUTICO, SOBRE EL USO ADECUADO DE LOS MEDICAMENTOS POR MEDIO DE UNA ATENCION FARMACEUTICA
16	SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN DEL SUPERVISOR
17	SE EJERCE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DEL SERVICIO FARMACÉUTICO A CARGO
18	SE PARTICIPA EN LA SELECCION, ADQUISICION, RECEPCION Y ALMACENAMIENTO, DISTRIBUICION Y DISPENSACION DE 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	SE PLANIFICA, ORGANIZA, DIRIGE, COORDINA Y CONTROLA 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	SE PREVEEN FACTORES DE RIESGO DERIVADOS DEL USO INADECUADO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y GASES MEDICINALES, ASÍ COMO LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON SU USO
21	SE GESTIONAN LAS ACCIONES NECESARIAS PARA QUE EL PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA SE EJECUTE
22	SE DESARROLLA Y APLICAN LOS MECANISMOS NECESARIOS PARA ASEGURAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS OFRECIDOS POR PARTE DEL SERVICIO FARMACÉUTICO
23	SE REALIZAN INFORMES DEL SERVICIO FARMACÉUTICO DE MANERA OPORTUNA Y DE CALIDAD
24	SE REALIZAN INVENTARIO POR ÁREAS MENSUALMENTE
25	SE REALIZAN PLANES DE MEJORA, CUANDO SEAN REQUERIDOS
26	SE VERIFICA, REALIZA Y ENVIÓ DE INFORME MENSUAL A EL FNE
27	SE 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, CONTROL DE FECHAS DE VENCIMIENTO Y CONTEOS ALEATORIOS
28	SE ANALIZAN LAS CAUSAS DE GLOSA POR MEDICAMENTOS Y DISOSITIVOS MEDICOS, IMPLEMENTANDO ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA GLOSA, OPTIMIZAR LA FACTURACION Y MEJORAR LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LA INFORMACION
29	SE ESTABLECE 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° 9494690564	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/13	$ 272.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/13	$ 348.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/13	$ 53.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 674.500

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 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	*OSCAR GABRIEL RODRIGUEZ NIETO* *PS_3156_2025_4AF363* **OSCAR GABRIEL RODRIGUEZ NIETO** **CC: 79798428**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA* *PS_3156_2025_4AF363* **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_3156_2025_4AF363* **MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO** **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 79798428		RODRIGUEZ NIETO OSCAR GABRIEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 30 B SUR # 9C-64 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3144788500	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1925174380	9494690564	I	2025/11/10	2025/11/13	BANCO DAVIVIENDA	3	$676,000

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)					$2,180,000	$348,800			$2,180,000	$272,500			$0	$0			$2,180,000	$53,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,180,000	$348,800			$2,180,000	$272,500			$0	$0			$2,180,000	$53,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,180,000	$348,800			$2,180,000	$272,500			$0	$0			$2,180,000	$53,200		$0	$0
1	CC	79798428 RODRIGUEZ OSCAR	231001	30	$2,180,000	$348,800	EPS008	30	$2,180,000	$272,500		0	$0	$0	14-11	30	$2,180,000	$53,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$2,180,000	$348,800			$2,180,000	$272,500			$0	$0			$2,180,000	$53,200		$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 79798428		RODRIGUEZ NIETO OSCAR GABRIEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 30 B SUR # 9C-64 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3144788500	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1925174380	9494690564	I	2025/11/10	2025/11/13	BANCO DAVIVIENDA	3	$676,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$348,800	$700	$0	$349,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$348,800	$700	$0	$349,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$53,200	$200	$0	$53,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$53,200	$200	$0	$53,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$272,500	$600	$0	$273,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$272,500	$600	$0	$273,100
TOTAL				**1**	**$674,500**	**$1,500**	**$0**	**$676,000**