

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JUANITA CHAVES VARGAS		CC:	1020836775	
CORREO ELECTRÓNICO:	JUANITA9814@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3214726690	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 111C 81 30		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	63997269014

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5750 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.067.692
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/12	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



JUANITA CHAVES VARGAS  
PS\_5750\_2025\_3CD7D0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JUANITA CHAVES VARGAS

CC: 1020836775

CEL: 3214726690

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

**JUANITA CHAVES VARGAS**

**CON C.C N°**

**1.020.836.775**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO REFERENTE DE FARMACOVIGILANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5750 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/06/12</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 15.978.256	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>186</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 33.339.684	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 6.067.692
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	SEIS (6) MESES
--	----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	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	Colaborar en la elaboración del diagnóstico del Servicio Farmacéutico.
2	Contribuir en la actualización del Programa de Farmacovigilancia y en la verificación de su implementación y operatividad en cada una de las sedes de la Subred.
3	Ejecutar y garantizar el sostenimiento del Programa de Farmacovigilancia.
4	Apoyar las actividades de socialización y capacitación relacionadas con el Programa de Farmacovigilancia.
5	Realizar el monitoreo de boletines, intervenciones y reportes de seguridad emitidos por el INVIMA.
6	Participar activamente en los Comités de Farmacia y Terapéutica, así como en otros a los que se sea convocada.
7	Coordinar juntamente con el área de Seguridad del Paciente la realización del Comité de Farmacovigilancia (participación en rondas de seguridad en la diferentes sedes de la subred).
8	Apoyar la implementación de los subsistemas que conforman el Sistema Integrado de Gestión de Calidad adoptado por la Subred.
9	Garantizar que la atención prestada a los usuarios sea humana, oportuna, eficiente y cálida.
10	Asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
11	Participar en equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios según lo requerido.
12	Realizar el seguimiento a las tareas y responsabilidades asignadas al personal del Servicio Farmacéutico.
13	Contribuir en la preparación y presentación de informes dirigidos a entes de control y a los solicitados por la Subred.
14	Asistir a jornadas de capacitación, procesos de inducción, reuniones y demás eventos a los que se me convoque.
15	Elaborar y verificar mensualmente los inventarios selectivos en farmacias y bodegas, aplicando los controles establecidos (Participación en inventarios institucionales).
16	Desarrollar las actividades asignadas en cualquiera de las unidades de la Subred Centro Oriente, según la programación realizada por mi supervisor.
17	NOTA: se realizó disponibilidad el fin de semana del 15-16 y 17 de noviembre; y participación en rondas nocturnas de seguridad del paciente.

**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° 9494663731	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA LUD	2025/11/12	\$ 303.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	\$ 388.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/12	\$ 59.200
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 751.000</b>

**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**



*JUANITA CHAVES VARGAS*

*PS\_5750\_2025\_3CD7D0*

**JUANITA CHAVES VARGAS**

**CC: 1020836775**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA*

*PS\_5750\_2025\_3CD7D0*

**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\_5750\_2025\_3CD7D0*

**MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020836775		CHAVES VARGAS JUANITA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 103 77B-54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214726690	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	1923307900	9494663731	I	2025/11/20	2025/11/12	BANCOLOMBIA	0	\$751,000

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
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,427,077	\$388,400			\$2,427,077	\$303,400			\$0	\$0			\$2,427,077	\$59,200		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,427,077	\$388,400			\$2,427,077	\$303,400			\$0	\$0			\$2,427,077	\$59,200		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$2,427,077	\$388,400			\$2,427,077	\$303,400			\$0	\$0			\$2,427,077	\$59,200		\$0	\$0
1	CC	1020836775	CHAVES JUANITA	230301	30	\$2,427,077	\$388,400	EPS001	30	\$2,427,077	\$303,400	0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,427,077	\$59,200	0	\$0	\$0
<b>Total Afiliados ( 1)</b>					\$2,427,077	\$388,400			\$2,427,077	\$303,400			\$0	\$0			\$2,427,077	\$59,200		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020836775		CHAVES VARGAS JUANITA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 103 778-54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214726690	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	1923307900	9494663731	I	2025/11/20	2025/11/12	BANCOLOMBIA	0	\$751,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$388,400	\$0	\$0	\$388,400	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$388,400	\$0	\$0	\$388,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$59,200	\$0	\$0	\$59,200	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$59,200	\$0	\$0	\$59,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$303,400	\$0	\$0	\$303,400	
ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$303,400	\$0	\$0	\$303,400	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$751,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$751,000</b>	