

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

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:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



YUDY CRISTINA PEÑUELA CUBILLOS
PS_3079_2025_9C2435

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:	\$ 41.214.420	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.170.340
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRECE (13) 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	.GESTIONAR OPORTUNAMENTE EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS 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.
2	VERIFICAR EL PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, 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.
3	.COORDINAR LAS 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.
4	INFORMAR LAS NOVEDADES REPORTADAS POR LOS 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 MISMOS
5	ORGANIZAR LA ENTREGA EFECTIVA Y OPORTUNA EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES, EL HISTÓRICO DE DISTRIBUCIÓN, DISPONIBILIDAD, ROTACIÓN Y VENCIMIENTO DE LOS MISMOS, INCLUYENDO REDISTRIBUCIÓN ENTRE UNIDADES SI ES NECESARIO
6	APOYAR LA RESPUESTA A REQUERIMIENTOS DE CADA UNA DE LAS UNIDADES RELACIONADOS CON EL PROCESO DE COMPRA Y ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS.
7	ELABORAR INFORMES, ESTUDIOS, INDICADORES, ESTADÍSTICAS, EVALUACIONES, ACTUALIZACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, ASÍ COMO LOS DEMÁS DOCUMENTOS QUE SEAN REQUERIDOS SOBRE LA PRODUCTIVIDAD, FUNCIONAMIENTO Y SOSTENIBILIDAD DEL SERVICIO FARMACÉUTICO, DE MANERA OPORTUNA Y CONFIABLE, PARA LOS DEMÁS PROCESOS DE LA SUBRED Y LOS SOLICITADOS POR OTRAS ENTIDADES O PROVEEDORES
8	APOYAR CON EL CONTROL DE LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO FARMACÉUTICO, DE MANERA EFICIENTE Y OPORTUNA, POR MEDIO DE LA GENERACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN QUE SEAN DEFINIDOS EN EL PROCESO, COMO, POR EJEMPLO: CAPACIDAD Y OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS, CONTROL DE INVENTARIOS, ENTRE OTROS.
9	.PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.
10	REALIZAR EL ANÁLISIS TÉCNICO Y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS QUE SE LE ASIGNEN.
11	DAR APLICACIÓN A LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED.
12	REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN ACORDE CON EL OBJETO DEL CONTRATO
13	SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)




IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 35364610	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/10	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/10	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	\$ 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 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	 <p><i>YUDY CRISTINA PEÑUELA CUBILLOS</i> PS_3079_2025_9C2435</p> <hr/> <p>YUDY CRISTINA PEÑUELA CUBILLOS CC: 52731970</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</i> PS_3079_2025_9C2435</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_9C2435</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:	2025-12-10
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-12-17
FECHA DE PAGO:	2025-12-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-11
PERÍODO SALUD:	2025-11
NÚMERO PLANILLA:	35364610
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35364610
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:	20/01/2026
----------------------------------	------------