

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DEISY YOJANA RUBIANO PIÑEROS		CC:	35253055	
CORREO ELECTRÓNICO:	DEISYRUBIANO.0716@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3102460566	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 33 # 32-99		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	005500209456

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2860 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.285.100
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



DEISY YOJANA RUBIANO PIÑEROS
PS_2860_2025_EEEE54

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DEISY YOJANA RUBIANO PIÑEROS

CC: 35253055

CEL: 3102460566

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

DEISY YOJANA RUBIANO PIÑEROS

CON C.C N°

35.253.055

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS TECNOLOGICOS COMO REGENTE DE FARMACIA 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 2860 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 4.742.400 **No. HORAS EJECUTADAS** 266

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 37.099.400 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 3.285.100

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO

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 REALIZAN ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN Y SEGUIMIENTO DE USO DE LOS MEICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, CON EL REGISTRO CORRESPONDIENTE. |
| 2 | SE VERIFICA E INFORMAN LAS DIFERENCIAS EN LOTES Y FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS INSUMOS, ASI COMO LOS QUE ESTEN PRÓXIMOS A VENCER, LUEGO DE HACER SU ROTACIÓN POR CONSUMO. SE REGISTRA EL CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD EN LOS LUGARES DE ALMACENAMIENTO DE INSUMOS. SE HACEN LAS SOLICITUDES DE LOS INUSMOS PARA MANTENER EL STOCK MINIMO DE LOS MISMOS. SE HACEN LAS RECEPCIONES TÉCNICAS DE LOS INSUMOS QUE SON RECIBIDOS. |
| 3 | SE GENERAN,CONSOLIDAN Y ANALIZAN LOS REPORTES ASIGNADOS Y LOS INDICADORES DEL SERVICIO FARMACEUTICO A CARGO. |
| 4 | SE REALIZAN ALAS ACTIVIDADES DEL INSTRUCTIVO DE MANEJO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MONOPOLIO DEL ESTADO. |
| 5 | SE CONOCE, CAPACITA Y APOYA EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA CON LA INFORMACIÓN QUE SE REQUIERA DE LOS SUCEOS DE FARMACOVIGILANCIA QUE SE PRESENTEN EN LA FARMCIA ASIGNADA. |
| 6 | SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN. SE AYUDA A DIVULGAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS Y SE DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS QUE ATIENDO. |
| 7 | SE VERIFICA LA INFORMACIÓN DE LOS SOPORTES DE MEDICAMENTOS NO PBS SOLCITIADOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE LOS MISMOS Y SU POSTERIOR REPORTE A L PROCESO ADMINITRATIVO QUE LO REQUIERA. |
| 8 | SE CUMPLE CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASIGNADA POR LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO Y LOS CAMBIOS QUE SE PRESENTEN EN LA MISMA SON INFORMADOS AL DIRECTOR TÉCNICO DEL SERVICIO. |
| 9 | SE APOYA A LOS QUÍMICOS FARMACEUTICOS DEL PROCESO CON LA TOMA DE DATOS EN LAS PLANTAS DE PRODUCCIÓN O FARMACIA DE INVESTIGACIÓN. |
| 10 | SE INTERPRETACIÓN DE LA FORMULA, ALISTAMIENTO DE LOS PRODUCTOS, REGISTRO EN EL SISTEMA DINÁMICA Y SUMINISTRO ENTREGÁNDOSELOS AL PACIENTE O AL PERSONAL DEL SERVICIO. SE REGISTRA Y GESTIONAN LOS INSUMOS PENDIENTES Y SE REVISAN, REGISTRAN, ALISTAN Y ENTREGAN LOS TRASLADOS A LAS OTRAS UNIDADES. |
| 11 | "SE REALIZA EL PEDIDO MENSUAL DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DE LA FARMACIA ASIGNADA Y POSTERIOR RECEPCIÓN AL ALMACÉN. SE CUMPLEN CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO.
SE PARTICIPA EN LA REUNIÓN DEL SERVICIO FARMACEUTICO.
SE REALIZAN LAS REINDUCCIONES, CAPACITACIONES Y ENCUESTAS QUE SON INFORMADAS. " |
| 12 | "SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN.
SE DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS QUE ATIENDO." |
| 13 | SE CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS DEL SERVICIO FARMACÉUTICO Y DE LOS PROCESOS TRASNVERSALES CON LOS QUE NOS RELACIONAMOS, LLEVANDO REGISTRO COMPLETO EN LOS FORMATOS DE LOS MISMOS. |
| 14 | SE CUMPLE CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASIGNADA. |
| 15 | SE REALIZA TURNOS ADICIONALES EN FARMACIA SALAS DE CIRUGIA SANTA CLARA POR FALTA DE PERSONAL |

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 92538533	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/05	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/05	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/05	\$ 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, 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	 <i>DEISY YOJANA RUBIANO PIÑEROS</i> PS_2860_2025_EEEE54 DEISY YOJANA RUBIANO PIÑEROS CC: 35253055
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <i>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</i> PS_2860_2025_EEEE54 ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</i> PS_2860_2025_EEEE54 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO