

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ADRIANA CAMPOS ACUÑA		CC:	52095107	
CORREO ELECTRÓNICO:	ADRIANA.CAMPOS7@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3133565147	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 50 C N° 15 A 40 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870467273

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2862 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.334.500
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		



ADRIANA CAMPOS ACUÑA  
PS\_2862\_2025\_DE4305

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ADRIANA CAMPOS ACUÑA

CC: 52095107

CEL: 3133565147

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

**ADRIANA CAMPOS ACUÑA**

**CON C.C N°**

**52.095.107**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 2862 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 4.742.400	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>270</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 39.124.800	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.334.500
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRECE (13) MESES
--	------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY
--	------------------------------

<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	SE REALIZA ACTIVIDAD DE RECEPCIÓN CUANDO SE RECIBEN LOS PEDIDOS DEL MES
2	SE REGISTRA EL CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD EN LOS LUGARES DE ALMACENAMIENTO DE INSUMOS FARMACIA Y BODEGAS ALTERNAS
3	SE REALIZA SOLICITUD DE PEDIDO MENSUAL Y A DIARIO SOLICITUDES PARA MANTENER STOCK MINIMO
4	SE GENERAN,CONSOLIDAN Y ANALIZAN LOS REPORTES ASIGNADOS Y LOS INDICADORES DEL SERVICIO FARMACEUTICO A CARGO. COMPLETITUD DE PEDIDO Y ERRORES DE PRESCRIPCION SUMINISTRO DE PACIENTES Y RUVEN DEL MES
5	E APOYA EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA REPORTANDO SUCESOS O INCIDENTES DUDAS QUE SE PUEDAN PRESENTAR
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 REALIZA HIGIENE DE MANOS EN LOS MOMENTOS QUE NOS APLICAN
8	SE VERIFICA LA INFORMACIÓN DE LOS SOPORTES DE MEDICAMENTOS NO PBS SOLICITADOS VERIFICANDO SU CORRESPONIENTE ENTREGA AL SERVICIO Y PACIENTES
9	SE APOYA AL QUÍMICO FARMACEUTICOS DEL PROCESO CON LA DISPENSACION DE FUNDACIONES Y O SOLICITUDES QUE REQUIERA
10	SE REALIZAN ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN Y SEGUIMIENTO DE USO DE LOS MEICAMENTOS Y DISPOSITIVOS
11	SE REALIZAN ALAS ACTIVIDADES DEL INSTRUCTIVO DE MANEJO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MONOPOLIO DEL ESTADO. REALIZANDO EL ACTA DE DELEGACION DE MANEJO DE LOS MISMOS DE MANERA MENSUAL Y SE CAPACITA E INFORMA A LOS MEDICOS Y JEFES DE LOS SERVICIOS
12	SE REALIZAN LAS REINDUCCIONES, CAPACITACIONES Y ENCUESTAS QUE SON INFORMADAS AL PERSONAL A CARGO.
13	SE CUMPLEN CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO.
14	SE REALIZA EL PEDIDO MENSUAL DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DE LA FARMACIA ASIGNADA Y POSTERIOR RECEPCIÓN AL ALMACÉN.
15	Siempre estoy atenta en la participacion activa, al mantenerme al día, en la informacion de los diferentes cursos y politicas de la redcentrooriente; Gestión Estratégica, Gestión Misional, Gestión de Apoyo, y Gestión de Control. Además, se incluyen subsistemas como Gestión Documental, Gestión del Conocimiento, Seguridad del Paciente, y Gestión del Riesgo.
16	TOTAL 270 HORAS A CERTIFICAR :12 HORAS ENERO 3 OLAYA MAS 36 HORAS DICIEMBRE DIANA TURBAY 15-19-20-21 DIC 30 HORAS 13-14 15 - 16 - 17 -20-21--23-24-ENERO 48 HORAS

**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° 9496706982	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/01/05	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/05	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/05	\$ 34.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.500</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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>ADRIANA CAMPOS ACUÑA</i> <i>PS_2862_2025_DE4305</i></p> <hr/> <p><b>ADRIANA CAMPOS ACUÑA</b> <b>CC: 52095107</b></p>
---------------------------------------	---

<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</i> <i>PS_2862_2025_DE4305</i></p> <hr/> <p><b>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
------------------------------	--

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</i> <i>PS_2862_2025_DE4305</i></p> <hr/> <p><b>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>
--	---