

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	HELENA KATHERINE GUERRERO PADILLA		CC:	52950521
CORREO ELECTRÓNICO:	HELENAGUE1011@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3227280921
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 108 S 7H 21 ES		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 008400750660

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2864 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.371.200
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		



HELENA KATHERINE GUERRERO PADILLA
PS_2864_2025_FEAE9D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
HELENA KATHERINE GUERRERO PADILLA
CC: 52950521
CEL: 3227280921

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

HELENA KATHERINE GUERRERO PADILLA

CON C.C N°

52.950.521

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 2864 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.742.400	No. HORAS EJECUTADAS	192
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 33.814.300	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.371.200
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
--	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD CHIRCALES
--	---------------------------

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 | Cronograma de actividades de las farmacias Chircales. |
| 2 | Solicitud de pedido mensual de medicamentos, médico-quirúrgicos, unidosis y papelería de las farmacias Chircales, según formato MI-DT-FT-094 y su respectiva solicitud en dinámica. Solicitado los días del 17 al 20 de cada mes. |
| 3 | Solicitud de medicamentos y médico-quirúrgicos críticos semanal de la farmacia Chircales, reporte que se realiza los lunes y se envía vía correo y nuevamente se realiza el jueves para dejar al día el fin de semana. |
| 4 | Reporte de medicamentos y médico-quirúrgicos próximos a vencer de la farmacia Chircales, el cual se envía todos los miércoles por correo electrónico y se hace las respectivas llamadas a las demás unidades para la rotación de estos. Formato MI-DT-FT-0935. |
| 5 | Informe de completitud de pedido de la farmacia Chircales, enviado por correo electrónico los 3 primeros días de cada mes. |
| 6 | Errores de prescripción de las farmacias de Chircales (Formato lo diligencian los auxiliares de farmacia). Verifico, corrijo y envío por correo electrónico los 3 primeros días de cada mes. Completitud de pedido Chircales. |
| 7 | Consolidación de suministro de paciente de las unidades de baja complejidad: Samper Mendoza, Perseverancia, Primera de Mayo, Antonio Nariño, Olaya, Chircales, Diana Turbay, Libertadores y Altamira. Enviado por correo electrónico los 3 primeros días de cada mes. |
| 8 | Formato RUVEM de la farmacia Chircales (Diligenciado por los auxiliares de farmacia diariamente). Verifico, corrijo y realizo las respectivas llamadas a los usuarios una vez los medicamentos pendientes lleguen a la farmacia, completo la información faltante (Dirección de los usuarios, las observaciones, día de la llamada, quien llamo, entre otras) y toda la gestión correspondiente para la entrega. Se envía el informe los 3 primeros días del mes por correo electrónico. |
| 9 | Adicional se comunica al químico de bajas complejidades el reporte de los medicamentos que se llevan a domicilio en el formato de entrega (Diligenciado por los auxiliares), verifico y confirmo las entregas y envío reporte por correo electrónico. Se realiza cada vez que se realiza domicilios a las Fundaciones, medicamentos pendientes, adulto mayor o en condición de discapacidad. |
| 10 | Informe de medicamentos de control y monopolio del estado de la farmacia Chircales, envío por correo electrónico los 10 primeros días de cada mes. |
| 11 | Verificación de registro de toma de temperatura, se realiza a diario (3 veces al día). 7. Recepción técnica administrativa (Una vez llegue pedidos o traslados a la farmacia), se realiza la verificación y diligenciamiento en el formato correspondiente. Se archiva en la carpeta correspondiente. |
| 12 | Auditorias carro de paro y kit 8.1 carro de paro de urgencias (cada 4 meses). |
| 13 | Reposición y cambio por fecha de vencimiento de medicamentos y médico-quirúrgicos los 10 primeros días de cada mes, y se archiva en la carpeta correspondiente. |
| 14 | Revisión kit de obstetricia y víctimas de violencia sexual, se realiza la segunda semana de cada mes. |
| 15 | Revisión de la realización de limpieza y desinfección de estantería, realizada los jueves, viernes y sábado, diligenciado en el formato correspondiente. |
| 16 | Realizar y recibir llamadas de las diferentes unidades para inquietudes, solicitudes y demás referentes a la labor diaria. |
| 17 | Recibir visitas de las diferentes auditorias y dar respuestas a los requerimientos solicitados. |
| 18 | Asistir a la reunión mensual del servicio farmacéutico. |
| 19 | Capacitar por medio de acta al personal (auxiliares de farmacia) sobre instrucciones dadas en la reunión del servicio farmacéutico. |

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° 92536401	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/30	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/30	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/30	\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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	 <p><i>HELENA KATHERINE GUERRERO PADILLA</i> PS_2864_2025_FEAE9D</p> <p>HELENA KATHERINE GUERRERO PADILLA CC: 52950521</p>
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</i> PS_2864_2025_FEAE9D</p> <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_2864_2025_FEAE9D</p> <p>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	--