

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KATERINE GONZALEZ NUÑEZ			CC:	1010027115
CORREO ELECTRÓNICO:	GONZALEZNUÑEZK@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3124115152
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 5X # 48K 64			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488410126830
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3130 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.136.960	
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				
 KATERINE GONZALEZ NUÑEZ PS_3130_2025_B8B877 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KATERINE GONZALEZ NUÑEZ CC: 1010027115 CEL: 3124115152					

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

KATERINE GONZALEZ NUÑEZ

CON C.C N°

1.010.027.115

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR 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 3130 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.273.920	No. HORAS EJECUTADAS	192
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 33.145.140	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.136.960
--	---------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
---	---------------------------------

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	Cubre vacaciones planta 27 y 29 de diciembre
2	Se realizan actividades de los procedimientos de recepción, almacenamiento, dispensación y seguimiento de uso de los medicamentos y dispositivos médicos, con el registro correspondiente.
3	Se verifica e informan las diferencias en lotes y fechas de vencimiento de los insumos, así como los insumos próximos a vencer, luego de hacer su rotación por consumo. Se registre el control de temperatura y humedad en los lugares de almacenamiento de insumos. Se hacen las solicitudes de los insumos para mantener el stock mínimo de los mismos. Se hacen las recepciones técnicas de los insumos que son recibidos o se informa al regente.
4	Se realiza interpretación de la fórmula, alistamiento de los productos, registro en el sistema dinámico y suministro entregándoselos al paciente o al personal del servicio. Se registran y gestionan los insumos pendientes y se revisan, registran, alistan y entregan los traslados a las otras unidades.
5	Se mantiene las áreas, superficies y muebles de almacenamiento limpios y organizados, con el apoyo del personal de servicios generales o haciendo uso del kit de limpieza del área.
6	Se conoce y lleva a cabo el decálogo 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 realice higiene de manos en los momentos que nos aplicamos, se dispone y usa los elementos de protección personal realizando una adecuada segregación de los residuos.
8	Se recibe, interpreta la fórmula, revisan los soportes y alistan los medicamentos no incluidos en el pbs, registrando en el sistema dinámico el suministro y entregándoselos al paciente si es del servicio ambulatorio o al personal del servicio cuando es hospitalario. Se registran y gestionan los insumos pendientes.
9	Se hace registro en el sistema de solicitudes, suministros a pacientes y órdenes de despacho. Se diligencian los registros de ruvem, errores de prescripción, condiciones ambientales y de limpieza, así como el de la entrega de turno.
10	Se participa en la reunión del servicio farmacéutico. Se realizan las reinducciones, capacitaciones y encuestas que son informadas.
11	Se cumple con la programación de actividades asignadas por la coordinación del servicio y los cambios que se presentan en la misma son informados por escrito al director técnico del servicio.
12	En caso de presentar novedades información con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo, se informe al director técnico del servicio.
13	Se verifica e informan los insumos próximos a vencer, luego de hacer su rotación por consumo Se da respuesta a las necesidades de los usuarios que atiendo.
14	Se cumple con las actividades de los procedimientos e instructivos del servicio farmacéutico y de los procesos transversales con los que nos relacionamos, llevando registro completo en los formatos de los mismos.
15	Se cumple con la programación de actividades asignadas.

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° 92181862	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/02	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/02	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/02	\$ 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	 KATERINE GONZALEZ NUÑEZ PS_3130_2025_B8B877 KATERINE GONZALEZ NUÑEZ CC: 1010027115
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA PS_3130_2025_B8B877 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_3130_2025_B8B877 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO