

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIAN DAVID JIMENEZ BEJARANO			CC:	1031183359
CORREO ELECTRÓNICO:	JDJ991007@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3204801944
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 13 SUR 24H 54			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	NU	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	19745768
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3163 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				
 JULIAN DAVID JIMENEZ BEJARANO PS_3163_2025_D3B152 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULIAN DAVID JIMENEZ BEJARANO CC: 1031183359 CEL: 3204801944					

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

JULIAN DAVID JIMENEZ BEJARANO

CON C.C N°

1.031.183.359

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 3163 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.742.400	No. HORAS EJECUTADAS	270
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 38.593.750	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.334.500
--	---------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
---	-------------------

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	Se debian 51 horas de diciembre. Hace adicionales 2, 14, 20, 22, 26, 28 por falta de aux en la noche de central. Mas revision de formulas de central de controlados
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 REALIZA REGISTO ID EN PLATAFORMA MIPRES
5	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.
6	SE HACE REGISTRO EN EL SISTEMA DE SOLICITUDES, SUMINISTROS A PACIENTES Y ORDENES DE DESPACHO.
7	SE VERIFICA E INFORMAN LOS INSUMOS PRÓXIMOS A VENCER, LUEGO DE HACER SU ROTACIÓN POR CONSUMO CON LOS DEMÁS SERVICIOS FARMACEUTICOS.
8	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.
9	SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN. SE DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS QUE ATIENDO.
10	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.

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, <u>CERTIFICO</u> 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° 1078502688	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/01/05	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/05	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	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 ningún 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	 JULIAN DAVID JIMENEZ BEJARANO PS_3163_2025_D3B152 JULIAN DAVID JIMENEZ BEJARANO CC: 1031183359		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA PS_3163_2025_D3B152 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_3163_2025_D3B152 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO		