

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	GISELL BRIGITH BUESAQUILLO MUÑOZ			CC:	1016019949
CORREO ELECTRÓNICO:	GISELLBM@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3016274859
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 35B 86G 28 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24077322580
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4962 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.272.750	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/26	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
 GISELL BRIGITH BUESAQUILLO MUÑOZ PS_4962_2025_E95BFC NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GISELL BRIGITH BUESAQUILLO MUÑOZ CC: 1016019949 CEL: 3016274859					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
GISELL BRIGITH BUESAQUILLO MUÑOZ

CON C.C N° 1.016.019.949

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 4962 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/02/26
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.137.600	No. HORAS EJECUTADAS	265
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 29.961.100	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.272.750
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
---	----------------------

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	Turnos extra por falta de personal en la noche los días 5, 11,12,24y 25. Mas revision de formulas de control
2	SE REALIZAN ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN Y SEGUIMIENTO DE USO DE LOS MEICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, CON EL REGISTRO CORRESPONDIENTE
3	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.
4	SE GENERAN,CONSOLIDAN Y ANALIZAN LOS REPORTES ASIGNADOS Y LOS INDICADORES DEL SERVICIO FARMACEUTICO A CARGO
5	SE REALIZAN ALAS ACTIVIDADES DEL INSTRUCTIVO DE MANEJO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MONOPOLIO DEL ESTADO
6	SE CONOCE, CAPACITA Y APOYA EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA CON LA INFORMACIÓN QUE SE REQUIERA DE LOS SUCESOS DE FARMACOVIGILANCIA QUE SE PRESENTEN EN LA FARMCIA ASIGNADA.
7	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.
8	SE REALIZA HIGIENE DE MANOS EN LOS MOMENTOS QUE NOS APLICAN SE DISPONE Y USAN LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REALIZAR UNA ADECUADA SEGREGACIÓN DE LOS RESIDUOS
9	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.
10	SE VERIFICA LA INFORMACIÓN Y ANALIZAN LOS CASOS DE DEVOLUCIONES GENERADAS POR LAS ASEGURADORAS PARA SU JUSTIFICACIÓN
11	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
12	SE APOYA A LOS QUÍMICOS FARMACEUTICOS DEL PROCESO CON LA TOMA DE DATOS EN LAS PLANTAS DE PRODUCCIÓN O FARMACIA DE INVESTIGACIÓN.
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 VERIFICA E INFORMAN LOS INSUMOS PRÓXIMOS A VENCER, LUEGO DE HACER SU ROTACIÓN POR CONSUMO CON LOS DEMÁS SERVICIOS FARMACEUTICOS.
15	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
16	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.

17	SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN. SE DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS QUE ATIENDO.		
18	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 SE CUMPLE CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASIGNADA		
19	SE CUMPLE CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASIGNADA		
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° 92678453	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/01/02	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/02	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	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 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		 GISELL BRIGITH BUESAQUILLO MUÑOZ PS_4962_2025_E95BFC GISELL BRIGITH BUESAQUILLO MUÑOZ CC: 1016019949	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA PS_4962_2025_E95BFC 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_4962_2025_E95BFC

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO
SUPERVISOR DEL CONTRATO