

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA NELLY VEGA FUQUEN			CC:	1049622158
CORREO ELECTRÓNICO:	NELMED29@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3115621124
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 5A 37B 39			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	022611222
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4996 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.176.840	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
 MARIA NELLY VEGA FUQUEN PS_4996_2025_7C9E8C NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA NELLY VEGA FUQUEN CC: 1049622158 CEL: 3115621124					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 MARIA NELLY VEGA FUQUEN

CON C.C N° 1.049.622.158

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO QUIMICO FARMACEUTICO 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 4996 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/03/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.933.127	No. HORAS EJECUTADAS	220
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 88.144.644	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.176.840
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

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 HACE LA CONSOLIDACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE: SELECTIVAS, COMPLETITUD DE PEDIDO, OPORTUNIDAD DE ENTREGA (HOSPITALARIO, AMBULATORIO Y URGENCIAS) Y ERRORES DE PRESCRIPCIÓN. INFORME DE CONSOLIDACIÓN DE INVENTARIOS. ACOMPAÑAMIENTO Y RESPUESTA A LAS VISITAS EXTERNAS DE EPS Y ENTES DE CONTROL Y A PROCESOS INTERNOS (CALIDAD, CONTROL INTERNO, EPIDEMIOLOGÍA ENTRE OTROS). IMPLEMENTACIÓN DEL SDMDU EN CADA UNA DE LAS UNIDADES: NPT, MAGISTRALES Y REEMPAQUE. SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE BAJA ROTACIÓN Y PROXIMOS A VENCER.
2	SE REALIZA REUNIÓN Y CAPACITACIÓN SOBRE LA RETROALIMENTACIÓN DE LOS SUCESOS PRESENTADOS EN CADA UNIDAD Y LAS BARRERAS DE SEGURIDAD A IMPLEMENTAR.
3	SE SOCIALIZAN LAS ALERTAS SANITARIAS EMITIDAS POR EL INVIMA (PERTINENTES), SE REVISAN ALERTAS DE DESABASTECIMIENTO Y EN CASO DE PRESENTARSE LAS ACTAS DE LAS MESAS DE TRABAJO CON LOS SERVICIOS Y SOCIALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN A LA UNIDAD REPECTIVA.
4	SE APOYA CON LA ACTUALIZACIÓN A LOS DIFERENTES DOCUMENTOS DEL SERVICIO PARA LA MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO FARMACUETICO.
5	SE PARTICIPA EN EL COMITÉ DE FARMACIA, DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE INFECCIONES DE LA UNIDAD DE FORMA MENSUAL. DIVULGANDO CON EL EQUIPO DE TRABAJO LA INFORMACIÓN TRATADA EN LOS COMITES.
6	SE CUMPLE Y HACE SEGUIMIENTO DE ADHERENCIA A LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS DEL SERVICIO FARMACÉUTICO Y DE LOS PROCESOS TRASNSVERSALES CON LOS QUE NOS RELACIONAMOS, LLEVANDO REGISTRO COMPLETO EN LOS FORMATOS DE LOS MISMOS. SE APOYA CON LA ELABORACIÓN DE CRONOGRAMAS DE TRABAJO COMO: REVISÓN DE CARROS DE PARO Y CAPACITACIONES. ACTUALIZACIÓN EN DINAMICA DE PARÁMETROS DEFINIDOS PARA MEDICAMENTOS (CREACIÓN DE PRODUCTOS, INFORMACIÓN GENERAL, CUBRIMIENTO DE PBS Y REGULACIÓN DE PRECIOS).
7	SE REALIZA HIGIENE DE MANOS EN LOS MOMENTOS QUE NOS APLICAN. SE DISPONE Y USAN LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SE REALIZA UNA ADECUADA SEGREGACIÓN DE LOS RESIDUOS. SE HACE SEGUIMIENTO E IMPLEMENTA ACCIONES DE MEJORA A LAS OBSERVACIONES REALIZADAS POR LAS RONDAS REALIZADAS POR EPIDEMIOLOGIA Y DE GESTIÓN AMBIETAL, CAPACITANDO Y RETROALIMENTANDO AMBOS TEMAS CON SUS RESPECTIVAS ACTAS DE SOCIALIZACIÓN.
8	SE PARTICIPA EN LAS MESAS DE TRABAJO DE EPIDEMIOLOGÍA (PRECOMITE DE INFECCIONES), SEGURIDAD DEL PACIENTE, ACREDITACIÓN Y DE ESPECIALIDADES.
9	SE REALIZAN LOS CUADROS DE TURNO PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y EL CUADRO DE ACTIVIDADES PARA EL PERSONAL DE OPS, Y SE VERIFICA SU CUMPLIMIENTO CON LA REVISIÓN DE LAS CUENTAS DE COBRO E INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES.
10	SE ELABORAN LOS INFORMES MENSUALES DE: MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL, ANTIMICROBIANOS, OSELTAMIVIR, VIH Y SISMED.
	SE PARTICIPA EN LA REUNIÓN DEL SERVICIO FARMACEUTICO. REUNIONES MENSUALES DEL SERVICIO FARMACÉUTICO PARA RETROALIMENTAR TEMAS DEL SERVICIO (POR UNIDAD CON AUXILIARES- REGENTES Y POR PROCESO QUÍMICOS-REGENTES).

11	SE REALIZAN LAS REINDUCCIONES, CAPACITACIONES Y ENCUESTAS QUE SON INFORMADAS.
12	SE PROGRAMA LA REALIZACIÓN DE SELECTIVAS E INVENTARIO ANUAL DE LA FARMACIA ASIGNADA, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL PROCEDIMIENTO DE INVENTARIO Y DE LOS CONTROLES APLICADOS.
13	SE REALIZAN INTERVENCIONES FARMACEUTICAS COMO: CONSULTAS, RONDAS, PERFILES FARMACOTERAPEUTICOS O RECONCILIACIÓN.
14	SE CUMPLE CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASIGNADA.
15	NPT y unidosis de Santa Clara los días 1, 4, 11, 12, 18 y 25. Más de 10 h de corrección de informe de controlados, MAYO Y JUNIO.
16	EJERCER DIRECCION TECNICA, DE APOYO O SUPLENCIA EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA DE MEDICAMENTOS, BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACION DE MEDICAMENTOS Y BUENAS PRACTICAS CLINICAS.

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° 9497582651	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/06	\$ 360.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/06	\$ 461.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/01/06	\$ 70.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 892.300

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 MARIA NELLY VEGA FUQUEN PS_4996_2025_7C9E8C MARIA NELLY VEGA FUQUEN CC: 1049622158
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA PS_4996_2025_7C9E8C 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_4996_2025_7C9E8C

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO
SUPERVISOR DEL CONTRATO