

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YUDY CRISTINA PEÑUELA CUBILLOS			CC:	52731970
CORREO ELECTRÓNICO:	YUCRIS8@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3132437933
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 9 ESTE # 30 25 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400783612
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1205 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 3.274.810
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				



YUDY CRISTINA PEÑUELA CUBILLOS
PS_1205_2026_3ADE7C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YUDY CRISTINA PEÑUELA CUBILLOS
CC: 52731970
CEL: 3132437933

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
YUDY CRISTINA PEÑUELA CUBILLOS

CON C.C N°52.731.970

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I 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 1205 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$13.099.240	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$19.648.860	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$3.274.810
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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 GESTIONA OPORTUNAMENTE EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED, ESPECIALMENTE REVISANDO, CONSOLIDANDO, REMITIENDO AL PROVEEDOR Y CONTROLANDO LOS PEDIDOS DE LOS MEDICAMENTOS REALIZADOS POR LOS SERVICIOS FARMACEUTICOS
2	SE VERIFICA EL PROCEDIMIENTO DE RECEPCION DE MEDICAMENTOS, ASI COMO EL CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES, CARACTERISTICAS Y CONDICIONES DE LOS MEDICAMENTOS ENTREGADOS POR LOS PROVEEDORES, DE ACUERDO CON LAS SOLICITUDES EFECTUADAS POR LOS SERVICIOS FARMACEUTICOS Y EN INTERACCION CON EL SUBPROCESO DE ALMACEN.
3	SE COORDINA LAS DEVOLUCIONES Y CAMBIOS DE LOS PRODUCTOS CON LOS PROVEEDORES, EN ARTICULACION CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y EL DIRECTOR TECNICO DEL SERVICIO, DEJANDO REGISTRO DEL PROCESO
4	SE INFORMAR DE LAS NOVEDADES REPORTADAS POR LOS PROVEEDORES: AL SUPERVISOR DEL CONTRATO LOS INCUMPLIMIENTOS, YA SEAN POR OPORTUNIDAD Y/O COMPLETITUD EN LA ENTREGA DE LOS PRODUCTOS Y A LOS SERVICIOS LOS REPORTES DE ALERTAS RELACIONADOS CON LOS MISMOS
5	SE ORGANIZAR LA ENTREGA EFECTIVA Y OPORTUNA EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE LOS MEDICAMENTOS, TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES, EL HISTORICO DE DISTRIBUCION, DISPONIBILIDAD, ROTACION Y VENCIMIENTO DE LOS MISMOS, INCLUYENDO REDISTRIBUCION ENTRE UNIDADES SI ES NECESARIO
6	SE APOYA A LAS RESPUESTAS DE REQUERIMIENTOS DE CADA UNA DE LAS UNIDADES RELACIONADOS CON EL PROCESO DE COMPRA Y ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS
7	SE ELABORAN REPORTES ASI COMO LOS DEMAS DOCUMENTOS QUE SEAN REQUERIDOS SOBRE LA PRODUCTIVIDAD, FUNCIONAMIENTO Y SOSTENIBILIDAD DEL SERVICIO FARMACEUTICO, DE MANERA OPORTUNA Y CONFIABLE, PARA LOS DEMAS PROCESOS DE LA SUBRED Y LOS SOLICITADOS POR OTRAS ENTIDADES O PROVEEDORES
8	SE APOYA CON EL CONTROL DE LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO FARMACEUTICO, DE MANERA EFICIENTE Y OPORTUNA, POR MEDIO DE LA GENERACION DE LOS INDICADORES DE GESTION QUE SEAN DEFINIDOS EN EL PROCESO, COMO, POR EJEMPLO: CAPACIDAD Y OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS, CONTROL DE INVENTARIOS, ENTRE OTROS.
9	SE PARTICIPA EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO
10	SE APLICAN LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED
11	SE REALIZAN LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN ACORDE CON EL OBJETO DEL CONTRATO.
12	SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACION REALIZADA POR EL SUPERVISOR.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 37712370	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/10	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800
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	YUDY CRISTINA PEÑUELA CUBILLOS PS_1205_2026_3ADE7C YUDY CRISTINA PEÑUELA CUBILLOS CC: 52731970		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA PS_1205_2026_3ADE7C 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_1205_2026_3ADE7C MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO		



RAZÓN SOCIAL :	PENUELA CUBILLOS YUDY CRISTINA
IDENTIFICACIÓN:	CC-52731970
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-07-10
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-17
FECHA DE PAGO:	2026-07-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	37712370
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37712370
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 35.100	\$ 35.100
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 576.900	\$ 576.900

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/08/2026
----------------------------------	------------