Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARMEN LILIANA FUENTES HOYOS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	50919625						
CORREO ELECTRONICO:	LILO011478@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3224263649						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FARMACIA				SEDE:	Pablo VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA16M05	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0550009600230834-								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**6013-2021**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		**2 de 2**			
NÚMERO DE CDP	**718**	**19/05/2021**	NÚMERO DE CRP	**29537**	FECHA	**24/05/2021**			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de farmacia, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E, de acuerdo al requerimiento institucional.**								
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO	
		1	6	2021		30	6	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.795.086								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA						
OBSERVACIONES:									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2.213.939
VALOR EJECUTADO	$2.213.939
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.795.086
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $ **2,271,315**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
50878648	$908.526	$15.200	$19.400	3	$3.000	**$37.600**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de (junio) del año Dos mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA LORENA ORTIZ CARDONA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CARMEN LILIANA FUENTES HOYOS

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código	04-02-FO-003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	FARMACIA		**Sede:** PABLOVI							
No. DE CONTRATO:	6013-2021	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**	
			1	6	2.021		30	6	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARMEN LILIANA FUENTES HOYOS		**C. C.**	50.919.625		**DE**	MONTERIA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de farmacia, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E, de acuerdo al requerimiento institucional

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ____ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario.	si	1. Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el usuario.	se realiza la actividad de dispensacion establecido en el procedimiento
2. Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue	si	2.Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargue	se descarga del sistema de informacion de dinamica los medicamentos acorde a la formula de
3. Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido	si	3.Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido.	se realiza verificacion de fechas de vencimiento y se procede a la buena practica de almacenamiento
4.Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo	SI	4.Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo.	se lleva a cabo la respectiva limpieza y desinfeccion de stant asignados y registro en el formato cod 02-02-FO-0012 para el adecuado almacenamiento de medicamentos
5. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad..	si	5. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad..	diligenciar diariamente los formatos asignados para cada actividad
6.Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	si	6.Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requerimientos de la Subred.	cumplir en la mayor totalidad las normas implementadas en el servicio
7.Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	si	7.Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	llevar a cabo el registro en los respectivos formatos de actividades asignadas y entrega de soportes a supervisor
8.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	si	8.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	tener sentido de pertenencia por la instucion y el lugar donde se brinda el servicio para garantizar una atencion de calidad
9. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	si	9.Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	asistencia a las uat, ulc programadas y demas que corresponde
10.Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	si	10. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	informar oportunamente al jefe de servicio cualquier anomalia que se presente ademas del adecuado reporte en la mesa de ayuda
11. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	si	11. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	dar cumplimiento al 100 % con adherencia a todos los procedimientos que tiene la Subred para el cumplimiento con las actividades
12.Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	si	12 Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	participar activamente en las diferentes actividades que agende la Subred
13. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	si	13. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	mensualmente se lleva a cabo la estadistica de las actividades realizadas diligenciando los respectivos formatos y posterior entrega de soportes
14. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	si	14.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	realizar la respectiva entrega de los elementos que se han asignados

TOTAL A PAGAR ($1,795,086) UN MILLON SETESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y SEIS PESOS (MCTE)

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA _CARMEN LILIANA FUENTES HOYOS 50919625

Fecha 30/06/2021de recibido supervisor

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código:	04-02-FO-003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	FARMACIA		**Sede:** PABLO VI						
No. DE CONTRATO:	6013-2021	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.021		30	6	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARMEN LILIANA FUENTES HOYOS		**C. C.**	50.919.625			**DE**	MONTERIA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de farmacia, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E, de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ___ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
15.Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio	SI	15.Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio	entregar a tiempo los formatos para la consolidacion de dicha informacion
16. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI	16. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	entregar oportunamente el certificado de pago de la seguridad social
17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	SI	17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	cumplir con las actividades que el supervisor asigne acorde con el objeto del contrato

TOTAL A PAGAR ($1,795,086) UN MILLON SETESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y SEIS PESOS (MCTE)

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA_CARMEN LILIANA FUENTES HOYOS 50919625

Fecha :30/06/2021de recibido supervisor_____

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CARMEN LILIANA FUENTES HOYOS
No. Identificación: CC50919625
Dirección: CRA 112A BIS 68A-30
Telefono: 4603609
Correo: lilo011478@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 50878648

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CARMEN LILIANA FUENTES HOYOS
Tipo y número de identificación	CC50919625
Número de planilla	50878648
Fecha pago	2021-06-15
Número de autorización pago	972016
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2021
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2021
Número de Administradoras	3
Total Pagado	37600
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	3000	1
230301	Porvenir	19400	1
EPS008	Compensar EPS	15200	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 50919625
APELLIDOS Y NOMBRES: CARMEN LILIANA FUENTES HOYOS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	121137	121137	121137	0	15200	0	19400	0	3000	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CARMEN LILIANA FUENTES HOYOS

C.C 50919625 MONTERIA

La suma un millón setecientos noventa y cinco mil ochenta y seis pesos ($1.795.086) m/cte por concepto de: prestación de servicios como técnico en servicios farmacéuticos en la unidad de servicios de salud Pablo VI durante el periodo de 01 al 30 de junio de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6013-2021

CARMEN LILIANA FUENTES HOYOS

C.C 50919625 MONTERIA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0550009600230834-