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 BOGOTA D.C

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIEGO ALFONSO ACERO MEJIA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1016080738						
CORREO ELECTRONICO:	diego191944@outlook.com				CELULAR:	3005623868						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	Fontibon											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FARMACIA				SEDE:	CAMI II						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	M05	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24063153691								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1971-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 de 3				
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	10163	FECHA	31/01/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL CAMI II SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E O DONDE SE REQUIERA SUS SERVICIOS CONFORME A LOS REQUERIMIENTOS REALIZADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	4	2018		30	4	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	1423800			VALOR ORA	$8.745						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.729.050
VALOR EJECUTADO	$4.576.500
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.576.350**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$152.550
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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 **$1.953.105**, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1011792880	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los ( ) dias del mes de ABRIL del año Dos Mil Diesiocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Benavides

CLAUDIA XIMENA BENAVIDES RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

diego Acero mejia

DIEGO ALFONSO ACERO MEJIA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	03/04/2017
		Codigo	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	**FARMACIA**					**Sede: CAMI DOS**			
No. DE CONTRATO:	**1971-2018**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	4	2018		30	4	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**DIEGO ALFONSO ACERO MEJIA**		**C. C.**		**1.016.080.738**		**DE**		BOGOTA

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE FARMACIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. REALIZAR LA FACTURACION DE MEDICAMENTOS EN EL SISTEMA HOSVITAL DEL HOSPITAL FONTIBON	SI	SE REALIZO EL DESCARGUE EN EL SISTEMA HOSVITAL DE LAS SOLICITUDES DE LOS MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS REALIZADAS POR EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LAS DIFERENTES AREAS DE LA INSTITUCION	
2. SOLICITAR, RECIBIR, ALMACENAR, DISPENSAR Y CARGAR EN EL SISTEMA DE INFORMACION LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS DE ACUERDO A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA	SI	SE RECIBIERON, REVISARON, ALMACENARON LAS DEVOLUCIONES REALIZADAS A LOS PACIENTES DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA INSTITUCION. VERIFICANDO CONDICIONES Y FECHAS DE VENCIMIENTOY REALIZANDO SU RESPECTIVO DESCARGUE EN EL APLICATIVO	
3. REALIZAR LA FACTURACION DE MEDICAMENTOS EN EL SISTEMA DEL HOSPITAL FONTIBON Y RESPONDER POR ESTE PROCESO ANTE LA OFICINA DE FACTURACION DE LA INSTITUCION	SI	SE EFECTUO EL ALISTAMIENTO DE LAS CANASTAS,KIT DE ANESTESIA Y DE SUTURAS DE ACUERDO CON EL CRONOGRAMA DE PROGRAMACION DEL AREA DE CIRUGIA. SE REALIZO EL RESPECTIVO DESCARGUE POR MEDIO DEL APLICATIVO DE LO GASTADO DURANTE EL PROCEDIMIENTO.	
4. ALMACENAR DE CONFORMIDAD AL MANUAL DE BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO INSTITUCIONAL Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS	SI	SE EFECTUO EL ALMACENAMIENTO DE INSUMOS EN LA RESPECTIVA AREA TENIENDO EN CUENTA EL NIVEL DE ORDENAMIENTO DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE BUENAS PRACTIVAS DE ALMACENAMIENTO. SE DIO CUMPLIMIENTO AL INSTRUCTIVO CONTROL DE TEMPERATURA AMBIENTAL, HUMEDAD RELATIVA Y TEMPERATURA DE LA CADENA DE FRIO.	
5. VIGILAR, CONTROLAR E INFORMAR PERMANENTEMENTE Y DE ACUERDO A PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS LA CADUCIDAD EN RELACION A LAS FECHAS DE VENCIMIENTO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS	SI	SE VIGILO, SE CONTROLO Y VERIFICO MEDIANTE OCHO CONTEOS MENSUALES LAS FECHAS DE VENCIMIENTO. SE ENTREGARON LAS PLANILLAS SOPORTE CON LOS CONTEOS Y FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS INSUMOS ASIGNADOS DEL INVENTARIO TOTAL DEL SERVICIO FARMACEUTICO EN LAS FECHAS ESTIPULADAS POR LA COORDINACIÓN DE FARMACIA	
6. DISPENSAR Y CARGAR EN EL SISTEMA DE INFORMACION LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS CON BASE A ORDENES MEDICAS Y/O SOLICITUDES REALIZADAS POR LOS MEDICOS, ODONTOLOGOS, Y DEMAS PERSONAL AUTORIZADO PARA TAL FIN.	SI	SE DISPENSARON LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS TENIENDO EN CUENTA LOS INSTRUCTIVOS DE DISPENSACION CORRECTA DE TODAS LAS ORDENES MEDICAS RECIBIDAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL.	
7. DISPÈNSAR, REGISTRAR, CARGAR Y VIGILAR EN CONFORMIDAD A LA LEY, LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL.	SI	SE DISPENSARON LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL TENIENDO EN CUENTA EL PROCEDIMIENTO INSTITUCIONAL DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL DE TODAS LAS ORDENES MEDICAS RECIBIDAS POR EL APLICATIVO DINAMICA	
8. RESPONDER POR EL MANEJO ADECUADO DEL SISTEMA DE INFORMACION CORRESPONDIENTE AL AREA DE FARMACIA	SI	SE REALIZO LA CLASIFICACION, ALISTAMIENTO Y ENUMERACION DE TODOS LOS SOPORTES DOCUMENTALES (FORMATO DE ORDENES DE DESPACHO, CANASTAS, KIT,DE CIRUGIA, FORMULAS AMBULATORIAS, DEVOLUCION DE SERVICIO, CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD Y PROGRAMACIONES DE SALAS DE CIRUGIA DEL MES VENCIDO DEL 2016.	
9. ATENDER A LOS REQUERIMIENTOS DE LOS ENTES DE CONTROL TANTO INTERNOS COMO EXTERNOS	SI	SE ASISTIO A LA CAPACITACION REALIZADA POR EL REFERENTE DEL SERVICIO FARMACEUTICO COMO PARTE DEL CUMPLIMIENTO AL PLAN DE MEJORA INTERNO DEJADO POR LA OFICINA DE GESTION PUBLICA Y AUTOCONTROL	
10. REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE LE SEAN AFINES A LA NATURALEZA DE SU COMPETENCIA	SI	SE SOLICITARON LOS FORMATOS DE USO PRUDENTE DE ANTIBIOTICO DE TODOS LOS SERVICIOS Y SE REVISO EL RESPECTIVO PERFIL FARMACOTERAPEUTICO ANTES DE SU DISPENSACION.	
11. PARTICIPAR ACTIVA Y PROACTIVAMENTE EN TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCION EN EL PROCESO DE ACREDITACION	SI	SE PARTICIPO DE FORMA ACTIVA EN LA CAPACITACION REALIZADA POR EL REFERENTE DEL SERVICIO FARMACEUTICO EN EL PROCESO DEL CICLO DEL MEDICAMENTO Y SU GESTION DEL RIESGO	
12. CONOCER E INTERIORIZAR LOS PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES Y OPERATIVOS EN EL DIARIO QUE HACER DE LA ENTIDAD	SI	SE REALIZARON TODAS LAS ACTIVIDADES CONOCIENDO E INTERIORIZANDO LOS VALORES INSTITUCIONALES TRABAJANDO EN EQUIPO, EL RESPETO, Y EL COMPROMISO EJECUTANDO TODOS LOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS DEL AREA.	
13. OBRAR CON LEALTAD Y BUENA FE EN LAS DISTINTAS ETAPAS CONTRACTUALES	SI	SE SOLICITARON LOS FORMATOS DE SOLICITUDES DE MEDICAMENTOS NO POS DE TODOS LOS SERVICIOS Y SE REVISO EL RESPECTIVO PERFIL FARMACOTERAPEUTICO ANTES DE SU DISPENSACION. Y SE DIO CUMPLIMIENTO AL PROCEDIMIENTO	
14. DAR CUMPLIEMIENTO A LAS OBLICACIONES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES	SI	SE CUMPLIO CON EL PAGO DE LA OBLIGACION DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.	
15. PRESENTAR MENSUALMENTE INFORMES DE EJECUCION DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES AL SUPERVISOR	SI	SE PRESENTO INFORME DE EJECUCION DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES CORRESPONDIENTES AL MES VENCIDO	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.576,350 (UN MILLON QUINIENTOSSETENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS CINCUENTA PESOS)

1016080738

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA Diego Acero

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor Claudia Bermudez

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

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2018-04-13, 10:08:29 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2018
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2018
Empresa	DIEGO ALFONSO ACERO MEJIA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1016080738
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8887085020 / 1011792880
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	19892060
Banco	(1023) - BANCO DE OCCIDENTE
Valor	$ 242.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 125.000	$ 300
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 97.700	$ 300
N800256161	14-28	ARP SURA	1	$ 19.100	$ 100
		SubTotales:		$ 241.800	$ 700
		Total a Pagar:			$ 242.500