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	1
Fecha de aprobación	09/11/2016
Código:	15-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARMEN JULIA SUAREZ RODRIGUEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	X	C.E		NO.	39.669.206							
CORREO ELECTRONICO:	carmensuarez0110@yahoo.com				CELULAR:	3196279045							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUR												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO FARMACEUTICO				SEDE:	CAPS PATIO BONITO							
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:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590389180										PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCI	1984-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 DE 7		
NÚMERO DE CDP	1250	FECHA	27/07/2018	NÚMERO DE CRP	33643	FECHA	31/07/2018		
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 SUR OCCIDENTE E.S.E., de								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	8	2018		31	8	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.576.350								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%							

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$11.924.325
VALOR EJECUTADO	$11.924.325
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.830.600
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 **$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
8328942433	$781,242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	$241.800

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Agosto del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

RODRIGO GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CARMEN JULIA SUAREZ RODRIGUEZ cc 39.669.206
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**SERVICIO FARMACEUTICO**					**Sede: CAPS PATIO BONITO**				
No. DE CONTRATO:	**1984-2018**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	**8**	**2.018**		**31**	**8**	**2.018**	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**CARMEN JULIA SUAREZ RODRIGUEZ**		**C. C.**		**39.669.206**		**DE**		**Soacha (Cund.)**	

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

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

OBLIGACIONES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula medica presentada por el usuario.	PROGRAMADO	Realizo una atencion integral al usuario, orientandola de manera correcta y resolviendo sus inquietudes.	Formulas dispensadas hasta la fecha de ambulatorio 230 formulas, dispensadas y 190 urgencias fórmulas.
Registrar de manera oportuna y adecùada en el sistema de información la totalidad de los Medicamentos entregados para su respectivo descargue	PROGRAMADO	Se realiza facturación	facturación de medicamentos.
Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según en el procedimiento establecido.	PROGRAMADO	se apoya la gestión y conservación de los medicamentos	se realiza proceso de recepción y adecuado almacenamiento.
Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo.	PROGRAMADO	se realiza aseo del area de trabajo	cuadro de limpieza semanal
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad oportunidad e integridad.	PROGRAMADO	se diligencian los formatos adecuados y se llenan correctamente.	formato de temperatura y humedad, control y limpieza de estantes.
Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad según requerimientos de la subred.	PROGRAMADO	se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de Calidad.	Mediante el cumplimiento de las normas
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimento.	PROGRAMADO	se realiza informe de actividades y certificación	informe cuenta de cobro y certificación.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	PROGRAMADO	Se responde por elementos de la farmacia	se deja todo en orden al terminar el turno.
Participar en las jornadas de capitación inducción mesas de acreditación reuniones y eventos a los cuales convocadas.	PROGRAMADO	se asiste a capacitaciones.	Asisto a capacityaciones acta de asistencia
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividaes relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred además de apoyar la implementación de los mismos.	NO PROGRAMADO	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion.	No se generaron productos
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interistitucionales y extra institucionales.	PROGRAMADO	se apoya a la Subred por medio de actividades.	actas de asistencia.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento de contrato.	PROGRAMADO	se entregan actividades al supervisor del contrato.	informe de actividades.
Responder por los elementos entregarlos para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	PROGRAMADO	Se responde por elementos de la farmacia	Elementos existentes en farmacia.
Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información del servicio para consolidar la producción mensual del servicio.	PROGRAMADO	Se registran las actividades diarias en formatos establecidos.	Se registran los indicadores, controles de temperatura y humedad y limpieza del area.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	PROGRAMADO	Se entrega constancia de afiliación al pago de Seguridad Social.	Certificado de pago.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	PROGRAMADO	Se realizan actividades según contrato.	Informe de actividades e informes mensuales.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.830.600 UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA MIL SEICIENTOS PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Carmen J Suarez R. 39.669.206

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 31-08-2018.

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

Señor(a): CARMEN JULIA SUAREZ RODRIGUEZ
No. Identificación: CC 39669206
Dirección: CL 74 SUR NO 78 G 64
Teléfono: 7788910 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8328942433

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	CARMEN JULIA SUAREZ RODRIC
Tipo y Número de Identificación	CC 39669206
Número Planilla	8328942433
Fecha de Pago	8/6/2018
Número de Autorización de Pago	82994194
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Agosto 2018
Periodo Cotización Pensión	Agosto 2018
Periodo Cotización Caja	Agosto 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$242.600
Total Interes Mora	$800

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.200	1
230301	Porvenir	$125.400	1
EPS008	Compensar EPS	$98.000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 39669206
APELLIDOS Y NOMBRES SUAREZ RODRIGUEZ CARMEN JULIA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

PAGADO

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