Secretaría Distrital 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 VIGEN	1984-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			9 DE 9				
NÚMERO DE CDP	1598	FECHA	28/09/2018	NÚMERO DE CRP		41659	FECHA	30/09/2018			
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 acuerdo al requerimiento										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	10	2018		31	10	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 novedad que repercuta											

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$14.527.875
VALOR EJECUTADO	$14.527.875
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.627.200
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8330409583	$781,242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	$241.800

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

RODRIGO GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CARMEN JULIA SUAREZ RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		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	10	2.018		31	10	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 800 formulas, dispensadas y 220 urgencias fórmulas.
Registrar de manera oportuna y adecuada 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): $1,627,200 UN MILLON SEISCIENTOS VEINTI SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE

Carmen J Suárez R.
39669.206
NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

31-10-2018
Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

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 8330409583

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 RODRIG
Tipo y Número de Identificación	CC 39669206
Número Planilla	8330409583
Fecha de Pago	10/4/2018
Número de Autorización de Pago	21444766
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Septiembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Septiembre 2018
Periodo Cotización Caja	Septiembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$242.300
Total Interes Mora	$500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.200	1
230301	Porvenir	$125.200	1
EPS008	Compensar EPS	$97.900	1

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

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	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 PENSION	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

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) CARMEN JULIA SUAREZ RODRIGUEZ identificado(a) con cedula ciudadania 39.669.206 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 11 días del mes de Octubre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBREDSUROCCIDENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10259538

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 47
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

ARL | sura

Medellín, 11 de octubre de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que CARMEN JULIA SUAREZ RODRIGUEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 39669206 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/01/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C396692061828471212

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 11/10/2018 7.46 PM

Dirección IP: 190.248.8.194, 172.16.42.236

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CARMEN JULIA SUAREZ RODRIGUEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **39,669,206**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Octubre de 2018.

Gerente de Clientes

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	3-05-2018	
		Código:	02-01-F0-0001	

Marque con una X según corresponda

Acta de Subred ____ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ____ Acta de Sede de una Unidad __X___

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) _____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)_____

Tipo de acta		
COMITÉ ___ REUNIÓN ___ OTRO X___		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 09/10/2018	LUGAR: FARMACIA	HORA INICIO: 12:30 PM
RESPONSABLE: (Proceso, servicio, dependencia que lidera) ANGELICA ACOSTA		HORA FINAL 1:30 PM

OBJETIVO DE LA REUNION

Socializar Asegúrate de octubre "Metas internacionales de seguridad del paciente"

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Buenas prácticas de seguridad del paciente.
2.
3.
4.

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento

DESARROLLO

Siendo las 12:30 pm se inicia la socialización del Asegúrate del mes de Octubre sobre el tema "METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE" y teniendo en cuenta que el programa busca minimizar el índice de incidencias y de eventos adversos al paciente.

Iniciamos con la lectura de las 7 buenas prácticas para la seguridad del paciente, con las que revisamos cada una he identificamos y reconocimos manualmente.

1. Identificación correcta: Los cuatro inequívocos los utilizamos en esta práctica para reconocer el paciente correcto, Nombre y apellido, número de identificación, fecha de nacimiento y edad.
2. Comunicación efectiva: Aplicar la técnica SAER (situación, antecedente, evaluación y recomendaciones) comunicación redundante entre el personal asistencial.
3. Medicamentos seguros: Realizar seguimiento a los pacientes que tengan tratamiento de medicamentos de alto riesgo.
4. Cirugía correcta y segura: Garantizar las cirugías correctas en el lugar correcto y al paciente correcto.
5. Reducir infecciones asociadas a la atención: para esta utilizamos los 5 momentos antes de tocar el paciente, antes de técnica aséptica, después de contacto con fluidos, después de tocar el paciente, después de tocar el entorno del paciente, aquí también tenemos el lavado de manos y la higienización de manos.
6. Reducir lesión por caída: Tener avisos de precaución cuando el piso este mojado, señalizar y tener barandas en escaleras.
7. Reducir ulceras por presión: Tener en cuenta la semaforización del paciente cuando está en cama, realizar cambios de postura constantemente he hidratar zona de la piel que tiene presión.

FECHA: 09/10/2018	TEMA: METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

FIRMA DE ASISTENTES

N°	NOMBRE	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	FIRMA
1	SANDRA PATRICIA PLAZAS C	USS PATIO BONITO	AUX. FARMACIA	
2	Angelica Acosta Bautista	USS Patio Bonito	Regente de Farmacia	
3	SANDY PAOLA GONZALEZ	USS PATIO BONITO	AUX FARMACIA	
4	Nancy Patricia Cano	USS Patio bonito	Aux Farmacia	
5	Carmen Suguzt R	USS. P. Bonito	Aux farmac	
6	Paola Peña	USS P. Bonito	Aux Farmacia	Paola Peña
7	Rubén Darío Morales.	USS P. Bonito	Aux farmacc	Ruben Dario Morales
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				